

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS.



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE,
AUX NÉVROSES,
ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS;

PAR MM. LES DOCTEURS

BAILLARGER,

médecin de la Salpêtrière, membre de l'Académie nationale de médecine.

ET

CERISE.



90152

On s'abonne à Paris,

CHEZ VICTOR MASSON, LIBRAIRE,

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE;

MÊME MAISON, CHEZ L. MICHELSEN, A LEIPZIG,

Et chez tous les Libraires de la France et de l'étranger.

1849.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.
JOURNAL
de l'Anatomie, de la Physiologie et de la Pathologie
DU
SYSTÈME NERVEUX.

Pathologie.
MALADIES MENTALES.

RECHERCHES

SUR LA

PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE,

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE CETTE MALADIE (1),

PAR

M. L. LUNIER,

ancien interne des hôpitaux de Paris.

Duo præcipui sunt medicine cardines, ratio
scilicet et observatio. BAGLIVI.

Il est dans le cadre nosologique certains états morbides qui,
méconnus d'abord, puis signalés seulement comme symptômes

(1) Syn. *Paralysie générale incomplète*. Delaye.

Paralysie générale des aliénés. Calmeil, Justin, Wachter,
Daveau, Baillarger, Leuret, Brierre, etc.

Méningite chronique. Bayle.

Paralysie générale progressive. Requin, Sandras.

Je publie aujourd'hui ce mémoire à peu près tel que je le déposai

ANNAL. MÉD.-PSYCH. T. XIII. Janvier 1849. 1.



ou complications de maladies plus anciennement reconnues, offrent plus tard à des observateurs plus heureux ou plus clairvoyants, un ensemble de phénomènes en tout semblable à ce qu'on est convenu d'appeler une individualité nosologique, une maladie. La *paralysie générale progressive* a parcouru ces trois phases.

Méconnue jusqu'à la fin du siècle dernier, entrevue par Haslam, Esquirol, Georget, et signalée par ces illustres aliénistes comme une complication, ou plutôt une terminaison de la folie, la *paralysie générale progressive* (je légitimerai plus loin cette dénomination) a été pendant longtemps et est même encore aujourd'hui considérée par beaucoup de médecins comme une maladie propre aux aliénés. Nous devons dire cependant que l'un des premiers travaux étendus publiés sur ce sujet, en 1824, la thèse de M. Delaye (1), contient un cas de paralysie générale progressive observé chez un individu parfaitement sain d'esprit; mais l'auteur de cette excellente dissertation considère lui-même ce fait comme exceptionnel, et la plupart des médecins, qui depuis ont traité cette question, citent l'observation de M. Delaye comme le seul cas de cette nature dont ils aient eu connaissance (2). Le nom de paralysie générale des aliénés, qui sert encore généralement aujourd'hui à désigner la maladie qui nous occupe, ne consacre-t-elle pas de la manière la plus évidente l'erreur qui commence à se dissiper et qui, nous l'espérons, ne tardera pas à disparaître complètement?

pour un concours, le 1^{er} août 1847, au bureau central de l'administration des hôpitaux et hospices civils de Paris.

(1) *Considérations sur une espèce de paralysie qui affecte particulièrement les aliénés*, thèse, Paris, 1824, in-4.

(2) Voy. JUSTIN (Hip), *Essai sur la paralysie générale et incomplète des aliénés*, thèse, Paris, 1829, p. 15; FOVILLE, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. I, p. 501, art. *Aliénation mentale*; et WACHTER, *Considérations sur la paralysie générale des aliénés*, thèse, Strasbourg, 1837, p. 2.

Si donc, depuis quelques années, plusieurs médecins ont signalé chez des individus parfaitement sains d'esprit, l'existence d'une affection en tout semblable à la paralysie générale dite des aliénés, il en existe à peine dans les annales de la science trois ou quatre observations (1). Cependant, quand on lit attentivement les faits rapportés par MM. J. Bayle, Delaye, Calmeil, Foville, Daveau, Lélut, Parchappe, Wachtler, Requin, etc., et l'excellente description que plusieurs de ces auteurs ont donnée de la paralysie générale, il est facile de reconnaître que cet état morbide, qu'ils ont décrit comme un symptôme, une terminaison de la folie, existait chez un certain nombre de leurs malades avant qu'il n'y eût encore aucune lésion des facultés intellectuelles, et que le plus souvent cette lésion ne s'est manifestée elle-même que consécutivement et comme une complication de la paralysie. Il me suffira, pour le démontrer, de faire un examen rapide des faits rapportés par ces auteurs et de citer quelques lignes de leurs ouvrages; mais avant de procéder à cette analyse, qui constituera la seconde partie de mon mémoire, je veux établir par les quelques observations qui me propres :

1° Que s'il existe, je ne dirai pas chez les aliénés, mais dans les hospices d'aliénés, un nombre de paralytiques beaucoup plus considérable que dans les hôpitaux ordinaires, il n'en est pas moins vrai qu'on en rencontre parfois aussi et plus qu'on ne le pense généralement dans ces derniers établissements; 2° que ces paralytiques ne diffèrent en rien de ceux des maisons de fous; 3° que les lésions des facultés intellectuelles qu'on rencontre chez ces malades ne méritent pas généralement le

(1) Ceci était écrit en juillet 1847. Depuis cette époque, quelques uns des faits contenus dans ce mémoire, et sur lesquels j'avais le premier appelé l'attention, ont été publiés par deux des médecins à qui j'avais montré les malades qui en font le sujet. Je ne leur en fais point un crime : c'est là une de ces questions délicates que chacun juge à sa manière.

nom d'aliénation mentale, mais consistent tout simplement en une diminution ou une abolition, ou, si l'on veut, une paralysie complète ou incomplète de ces facultés, comparable à la paralysie de la motilité et de la sensibilité; 4° que la *paralysie générale progressive* constitue une maladie spéciale et bien nettement définie, qui doit être complètement séparée de la folie au même titre que l'épilepsie et l'hystérie (1).

Enfin, dans la troisième et dernière partie de mon mémoire, j'essaierai de donner une description succincte de la paralysie générale progressive d'après les faits nombreux rapportés par les auteurs et ceux que j'ai moi-même recueillis.

PREMIÈRE PARTIE.

Bien que les observations rapportées dans ce mémoire soient peu nombreuses, j'ai cru devoir, pour rendre plus facile la description de la maladie, les diviser en trois séries.

La première série comprendra les observations dans lesquelles la paralysie générale n'a été ni précédée ni accompagnée d'aliénation mentale ou de démence.

La deuxième renfermera celles où la paralysie, sans avoir été précédée de lésions des facultés intellectuelles, a été plus tard accompagnée de démence.

Enfin, dans la troisième série, je rapporterai les cas dans lesquels la paralysie générale a été ou *semble* avoir été précédée de manie ou de monomanie transformée ou non transformée plus tard en démence.

Afin de rendre plus facile et moins fastidieuse la lecture des observations, je les ferai suivre de quelques réflexions et j'en résumerai en peu de mots les points les plus importants.

(1) Cette dernière proposition, comme on le verra plus loin, offre une grande analogie avec celles qu'a formulées M. Baillarger dans une *Note sur la paralysie générale*, publiée dans le numéro de mai 1847 des *Annales médico-psychologiques*.

PREMIÈRE SÉRIE.

Observations dans lesquelles la paralysie générale progressive n'a été ni précédée d'aliénation mentale, ni accompagnée de démence.

Il est rare que la paralysie générale progressive atteigne sa deuxième et même la fin de sa première période, sans qu'on ait pu déjà reconnaître un commencement de démence. Ce n'est donc que tout à fait au début de la maladie qu'on pourra ne point trouver de lésion des facultés intellectuelles. Les observations de cette nature sont, sans contredit, plus communes dans les hôpitaux ordinaires que dans les hospices d'aliénés; elles le sont bien plus encore dans la pratique civile. C'est sans aucun doute cette absence de toute lésion des facultés intellectuelles au début de la paralysie générale qui rend quelquefois si difficile le diagnostic de cette maladie. Les symptômes de démence sont d'ailleurs les premiers que remarquent les parents ou les amis du malade, et quand un médecin est appelé pour lui donner des soins, il est tout étonné de trouver la paralysie déjà très avancée et le plus souvent alors complètement incurable.

OBSERVATION I.

Suppression d'un flux hémorrhoidal; digestions laborieuses; congestion cérébrale; vertiges; paralysie progressive sans lésion des facultés intellectuelles; disparition des vertiges; persistance des symptômes de paralysie.

Lenoir (L.-Martin), âgé de cinquante-six ans, distillateur, marié, d'un tempérament sanguin et d'une constitution apoplectique, est entré le 27 janvier 1847 à l'hôpital Necker, dans le service de M. Hervez de Chégoin.

Le père de ce malade est mort aliéné à soixante treize ans; sa mère a succombé à soixante-six ans à une affection cancéreuse; divers membres de sa famille étaient sujets à de fréquents maux de tête.

Après avoir servi pendant huit ans sous l'Empire, Lenoir est resté conducteur de diligences pendant six ans, jusqu'à l'âge de trente-cinq ans environ. A cette époque, il fut atteint d'une maladie qu'il définit mal, et qu'il appelle *une fraîcheur de tête*. Depuis lors, Lenoir a souvent éprouvé des céphalalgies et des étourdissements. La profession de distillateur, qu'il exerce depuis 1835, était assez peu compatible avec son état de santé habituel; aussi était-il obligé, pour prévenir des accidents plus graves, de se faire saigner plusieurs fois par année. Mais depuis deux ans il a négligé de recourir aux émissions sanguines, et les accidents n'ont fait qu'augmenter.

Lenoir m'assura n'avoir jamais eu d'autre affection vénérienne que deux écoulements, dont le dernier remonte à 1814; depuis huit ans il ne s'est pas livré au coït, et n'y a même pensé que très rarement; il me dit également n'avoir jamais fait ni excès de boissons, ni excès vénériens. Il s'offrit à nous dans l'état suivant :

Depuis longtemps déjà Lenoir n'a presque plus d'appétit, et lorsqu'il vient de manger, il éprouve des éructations, des nausées, parfois des vomissements, et alors même qu'il a pris pour toute nourriture quelques onces d'aliments. Ces accidents s'accompagnent presque constamment de gêne dans la respiration, d'un mal de tête sourd et parfois même de légers étourdissements : il reste comme assoupi, à moitié endormi pendant le travail de la digestion qui semble difficile et de longue durée. Il y a quatre ou cinq ans il avait un flux hémorrhoidal, d'abord assez abondant, qui a diminué progressivement pour disparaître tout à fait il y a un an environ.

Lenoir me dit avoir plusieurs fois craché du sang en petite quantité. Aujourd'hui il tousse encore, et cependant l'examen minutieux de la poitrine ne m'a fait reconnaître qu'un peu de râle muqueux. Il est parfois un peu oppressé, mais seulement après ses repas et quand il ressent les accidents nerveux dont je parlerai tout à l'heure.

Le cœur est gros; le pouls, large et fort. Lenoir a la figure rouge, et même d'un rouge pourpre dans certains moments. Il me dit avoir toujours eu le teint coloré.

Il a la vue faible et, depuis sept ou huit ans, il est forcé de porter des lunettes de presbytie; de temps en temps ses conjonctives se congestionnent, et restent manifestement injectées pendant quelques heures.

L'ouïe est également affaiblie. Lenoir éprouve assez souvent des bourdonnements d'oreille, et cela surtout quand ses étourdissements le prennent.

Les autres sens, et particulièrement l'odorat, sont aussi notablement affaiblis.

La sensibilité générale est également émoussée sur tous les points de l'enveloppe cutanée.

Lenoir marche assez bien, sans hésitation; il traîne seulement un peu ses jambes, et quand il hâte le pas, il tombe d'un pied sur l'autre.

Les membres supérieurs ont une force encore assez considérable, bien qu'elle ne soit point en rapport avec ce qu'on pourrait attendre d'un homme aussi bien constitué.

Lenoir éprouve parfois, et surtout le matin, un phénomène qui me semble devoir être rapporté à la contracture; il ne peut fléchir les doigts sans se servir de la main du côté opposé; les mouvements reviennent alors progressivement.

La prononciation est assez précise; on distingue cependant avec un peu d'habitude, mais par moments seulement, un peu d'hésitation dans la parole.

Il ne m'a point paru y avoir chez ce malade le moindre affaiblissement de l'intelligence.

Lenoir éprouve de temps en temps dans la tête, et pendant un quart d'heure environ, des douleurs lancinantes qui s'accompagnent parfois d'étourdissements; il ne voit plus les objets qui l'entourent, ou il les voit doubles, et il est obligé, pour ne pas tomber, de s'appuyer contre un mur ou contre son lit.

Mais ces accidents sont bien plus violents après ses repas, et alors, pendant près de deux heures il ressent de violentes douleurs de tête avec assoupissement; il ferme les yeux sans perdre tout à fait connaissance et sans tomber. Il éprouve en même temps dans plusieurs points du corps, et surtout dans les bras, de légers tremblements convulsifs qui disparaissent avec les autres symptômes; le malade ne peut alors se tenir sur ses jambes, et il est forcé de s'asseoir ou de se coucher.

On fit à Lenoir une saignée de 200 grammes, et on prescrivit une demi-diète. Plus tard, pour opérer une révulsion et faire disparaître le ballonnement du ventre qui était venu se joindre aux accidents que nous avons signalés, nous lui donnâmes quelques laxatifs.

Sous l'influence de ce traitement et du repos, l'état du malade s'améliora, les spasmes devinrent plus rares et bientôt il n'éprouva plus que de légers étourdissements; mais les symptômes de paralysie progressive que nous avons signalés persistèrent sans amendement notable, et quand Lenoir quitta l'hôpital, le 6 avril, nous ne dûmes point trop le rassurer sur son état et nous lui conseillâmes quelques soins hygiéniques capables de retarder au moins le retour, malheureusement presque inévitable, de nouveaux accidents qui hâteront la marche jusqu'ici très lente de la terrible maladie dont il est atteint.

§ I. La paralysie générale est *héréditaire*; tout le monde est d'accord sur ce point. Il est en effet bien peu de paralytiques qui ne comptent dans leur parenté soit des aliénés, soit des épileptiques, des déments, ou bien des individus affectés d'hémiplégie, de paralysie générale, ou sujets aux congestions cérébrales. L'observation que je viens de rapporter rentre donc, sous ce rapport, dans la règle commune.

§ II. La mère de notre malade est morte d'un *cancer*. Est-ce là, au point de vue des affections cérébrales, une circonstance étiologique sans importance aucune? Je ne le pense pas. Depuis

que je prends des observations de maladies nerveuses, et en général de maladies héréditaires, j'ai toujours eu soin de chercher à obtenir sur les parents des malades les détails les plus circonstanciés, et j'ai été frappé de la liaison qu'il semblait y avoir sous ce rapport entre les diverses maladies généralement reconnues héréditaires. Dans la famille d'un aliéné, on trouve, par exemple, un père phthisique, une mère affectée d'un cancer, un grand-père mort d'apoplexie, un frère ou une sœur épileptique, scrofuleux, etc. Je suis porté à croire, avec Portal et M. Baillarger, qu'il y a dans ces faits plus qu'une simple coïncidence; il faudrait, pour résoudre cette question, de nombreux matériaux qui manquent encore aujourd'hui.

§ III. La *congestion cérébrale* joue un grand rôle dans la pathogénie de la paralysie générale progressive. M. Bayle est, je crois, le premier auteur qui en ait fait ressortir l'importance. Cette congestion se manifeste d'ailleurs par des symptômes qui varient beaucoup sous le rapport de l'intensité, mais qui consistent toujours en une lésion passagère de la motilité, de la sensibilité générale et spéciale, et des facultés intellectuelles. Généralement brusque et subite, elle est assez souvent aussi lente, légère, et se manifeste par des phénomènes quelquefois trop peu apparents pour être remarqués des parents et des amis du malade. Ce sont des congestions cérébrales de cette nature qui tourmentaient Lenoir. A la suite d'une *fraîcheur de tête*, il éprouvait depuis l'âge de trente-cinq ans de fréquentes céphalalgies parfois très violentes et des étourdissements passagers qui ne firent qu'augmenter progressivement, et pour lesquels il était obligé de se faire saigner plusieurs fois par an. L'omission de ces saignées habituelles, la suppression d'un flux hémorrhoidal autrefois assez abondant, ne firent qu'aggraver les accidents qui affectèrent bientôt la forme de véritables *vertiges épileptiques*.

§ IV. Comme on l'observe tous les jours chez des individus bien portants, les symptômes de *congestion cérébrale* étaient

bien plus violents à la suite des repas : le malade tombait alors dans l'assoupissement et il était forcé de s'asseoir ou de se coucher. Les légers tremblements convulsifs qu'il éprouvait dans cet état nous semblent devoir être rapportés à la même cause que les vertiges, à la congestion cérébrale.

§ V. Lenoir présentait d'ailleurs presque tous les symptômes de la première période de la *paralysie générale progressive* : affaiblissement des sensations spéciales et de la sensibilité générale, hésitation dans la marche, diminution de force des membres supérieurs, léger embarras de la parole, perte des facultés génitales, étourdissements passagers; mais il n'offrait pas le moindre affaiblissement des facultés intellectuelles. J'ai déjà dit qu'il en était souvent ainsi dans la première période de la paralysie générale progressive.

§ VI. Le traitement a été rationnel : émissions sanguines, ré-vulsifs portés dans le canal intestinal, diète et repos. Quelques uns des symptômes de congestion ont disparu sous l'influence de ce traitement; mais la paralysie n'en a pas moins continué sa marche lente et progressive, et plus tard le malade sera sans aucun doute forcé de rentrer à l'hôpital.

OBSERVATION II.

Hérédité; suppression d'épistaxis; étourdissements fréquents; paralysie générale progressive au premier degré; tremblement de plusieurs parties du corps; embarras de la parole; faiblesse des membres supérieurs surtout; ni démence ni délire ambitieux; séton à la nuque; amélioration (1).

Rives (Louis) âgé de cinquante ans, concierge, marié, d'un tempérament sanguin et d'une forte constitution, est entré le

(1) La paralysie générale, à l'époque où ces observations ont été recueillies, était si peu avancée chez quelques uns de mes malades, qu'on eût pu me dire que, dominé par la prévention, j'ai vu cette affection dans des cas où elle n'existait pas. J'ai prévu cette objection, et j'ai prié plusieurs médecins dont personne ne pourra nier la compétence,

15 mai 1847 à l'hôpital Necker, dans le service de M. Hervez de Chégoin.

Son père est mort *asthmatique* à soixante-neuf ans, un de ses frères s'est suicidé, une de ses sœurs a succombé à une *fièvre cérébrale*, une seconde à une maladie du cœur; sept autres frères et sœurs sont morts en bas âge; il a eu deux filles, dont une est morte en naissant; l'autre a eu des convulsions dans son enfance et a toujours été d'une santé délicate.

Rives s'est engagé à dix-sept ans, et a quitté le service à trente-cinq ans; depuis 1832 il est concierge et exerce la profession de tailleur.

Cet homme était, dans sa jeunesse, d'une santé délicate; il eut souvent des épistaxis, surtout pendant qu'il était au service; il n'en éprouve plus depuis l'âge de vingt-cinq à vingt-six ans: il a eu, en outre, deux fluxions de poitrine.

Rives a eu, étant jeune encore, une ulcération vénérienne qui a été suivie d'accidents secondaires, autant du moins qu'il m'est possible de le présumer d'après les renseignements qu'il m'a donnés lui-même.

Il a été pendant quelque temps adonné à la boisson.

Il n'a jamais eu de coups de sang; mais, vers l'âge de vingt-cinq ans, à l'époque de la suppression de ses épistaxis, il commença à éprouver des étourdissements qui, d'abord légers et rares, devinrent dans la suite plus fréquents et assez violents pour qu'il fût forcé, pour ne pas tomber, de s'asseoir ou de prendre un point d'appui. Ces accidents ne se reproduisent pas d'ailleurs très souvent, même aujourd'hui; ils reviennent plusieurs fois, par exemple, dans la même journée et deux ou trois jours consécutifs pour disparaître ensuite pendant quelques se-

MM. Baillarger, Bayle, Bouillaud, Bricheteau, Briere de Boismont, Chambert, Pidoux, Prus et Sandras, de venir voir ces malades, et ils ont déclaré avec moi atteints de paralysie générale ceux qui étaient alors à l'hôpital, et qui font le sujet des observations II, III, IV, VII et IX.

maines et même deux ou trois mois; ils se reproduisent surtout quand il boit ou qu'il travaille un peu fort. Ces étourdissements ne durent d'ailleurs que quelques secondes, et il rentre ensuite dans son état normal.

Quand je l'examinai attentivement peu de jours après son entrée, je pus reconnaître les symptômes suivants :

Les fonctions organiques s'exécutent parfaitement bien.

Les bruits du cœur sont forts et sonores, le pouls est développé, mais sans fréquence anormale.

Presque constamment les pieds et les mains de Rives sont froids et humides, surtout à la face plantaire; cette espèce de moiteur, qui rappelle un peu la froideur cadavérique, est surtout prononcée le matin. Il éprouve ce phénomène depuis quatre ou cinq ans; il l'attribue à sa dernière fluxion de poitrine.

Rives a un tremblement léger de toute la tête qui dure depuis cinq ou six ans, et qui est plus prononcé le matin; il a, en outre, un tremblement partiel de la mâchoire inférieure.

Le corps tout entier est agité du même tremblement, lors même que le malade est assis.

Le bras droit tremble également d'une manière assez marquée depuis sept ou huit ans. Rives ne peut plus écrire sans appuyer tout son avant-bras sur la table; il lui est aussi très difficile avec la main droite, de porter à sa bouche un verre plein de liquide.

Le bras gauche présente le même phénomène, mais à un moindre degré.

La langue est également agitée d'un mouvement vermiculaire incessant et très sensible.

Il y a dans la prononciation une hésitation très manifeste : le malade s'arrête après une syllabe, un mot, avant de continuer la syllabe ou le mot suivant; il prononce certains mots avec lenteur, ou bien, au contraire, avec rapidité et brusquerie et en sautant des lettres, des syllabes, celles surtout où il y a plusieurs consonnes. Tous ces signes de paralysie sont parfois extrê-

inement peu marqués, et il faut alors une grande attention pour les reconnaître ; de temps en temps même, cet embarras de la parole n'existe réellement pas, et, n'était le tremblement des bras et de la tête, il serait, certes, très difficile, surtout quand le malade est couché, de reconnaître chez lui l'existence de la paralysie générale.

Rives marche assez bien et sans trop chanceler ; il boîte un peu cependant, parce que les muscles fléchisseurs de la jambe droite sont légèrement rétractés ; depuis une quinzaine d'années, et la nuit principalement, il éprouve même dans les orteils de ce côté des crampes assez douloureuses, mais qui sont aujourd'hui moins fortes et moins fréquentes.

La sensibilité générale est légèrement émoussée dans toute l'étendue de l'enveloppe cutanée, et surtout aux membres du côté droit.

Rives n'offre rien de particulier du côté des sensations spéciales, si ce n'est une myopie qui dure depuis très longtemps.

Les organes génitaux sont à peu près incapables de remplir leurs fonctions.

Il éprouve souvent le soir une céphalalgie frontale sourde et parfois assez intense ; il dort d'ailleurs assez bien et se réveille rarement la nuit.

Ce malade a reçu une certaine éducation ; son intelligence paraît parfaitement saine, et je n'ai pas remarqué chez lui le moindre signe de délire ambitieux ou de démence. Il me dit seulement que sa mémoire est moins bonne qu'elle n'était autrefois, et cela surtout pour les choses les plus récentes ; il n'a point de lui une haute opinion ; il se croit même à peine capable de travailler.

N'ayant point trouvé dans les antécédents d'autre indication que les quelques accidents syphilitiques que le malade avait accusés lui-même, nous lui donnâmes de l'iodure de potassium ; mais au bout de six semaines, n'ayant point remarqué d'amélioration notable, nous cessâmes momentanément tout traitement.

Le 2 juillet, nous crûmes devoir essayer encore de retarder au moins la marche incessante de la paralysie et nous appliquâmes un séton à la nuque. Sous l'influence de cet exutoire, l'état du malade s'améliora sensiblement, et le 20 juillet, quand je l'examinai pour la dernière fois, je fus un peu surpris de voir la plupart des symptômes très sensiblement amendés. Dans une affection aussi grave et aussi souvent mortelle, on peut regarder cette amélioration comme un véritable succès.

§ I. Il est peu d'observations où l'influence de l'hérédité soit aussi manifeste : hérédité ascendante, père, plusieurs frères et sœurs ; hérédité descendante, une ou deux filles.

§ II. La suppression d'un épistaxis semble avoir été chez notre malade la cause occasionnelle de congestions cérébrales légères, qui ne se sont manifestées que par des étourdissements de plus en plus fréquents et violents.

§ III. Rives nous offre un type de paralysie générale commençante : tremblement de la tête, du corps et des membres ; tremblement vermiculaire de la langue, affaiblissement des membres supérieurs et inférieurs ; léger embarras de la parole, perte des facultés génitales, diminution de la sensibilité générale.

§ IV. Bien qu'Esquirol, MM. Bayle, Calmeil, Lélut, Ferrus, Falret, Trélat et Guislain, et beaucoup d'autres auteurs, aient rapporté des cas de guérison de paralysie générale, on regarde généralement cette affection comme tout à fait incurable. Je crois qu'il en est toujours ainsi quand la maladie a atteint sa deuxième période ; mais je pense qu'avec un traitement énergique on peut, sinon guérir, au moins améliorer d'une manière très notable les individus atteints de paralysie générale au premier degré. Rives nous en offre un exemple.

§ V. J'ai parlé plusieurs fois dans les observations précédentes d'un tremblement vermiculaire. Je crois devoir donner ici quelques détails à ce sujet. Quand on fait appliquer à plat

sur une table le bras de certains paralytiques et qu'on examine avec soin le trajet des extenseurs des doigts, par exemple, on reconnaît souvent que ces muscles sont agités de contractions presque imperceptibles et qui marchent ordinairement de leur point d'insertion fixe à leur point d'insertion mobile. Les tendons eux-mêmes sont parfois sujets à ces légères contractions bien différentes des soubresauts. Le nom de tremblement vermiculaire, que M. Baillarger donne à ce symptôme, nous semble assez bien rendre l'idée qu'on peut se faire de ce phénomène.

Ce tremblement s'observe souvent encore d'une manière très manifeste dans la langue et dans les muscles qui entourent l'ouverture buccale, au moment surtout où le malade se dispose à parler ou qu'il vient de terminer une phrase. Il semble que les muscles s'apprêtent à remplir leurs fonctions. On peut avoir une idée assez juste du tremblement vermiculaire de la langue en examinant cet organe chez un individu à qui l'on recommande de la tirer hors de la bouche et de faire tous ses efforts pour la tenir immobile. Aussi, quand on recherche ce symptôme chez une personne, ne doit-on point lui dire de s'opposer aux mouvements de sa langue, car on reconnaîtrait alors presque à coup sûr un tremblement vermiculaire quand bien même cette personne ne serait pas paralytique?

§ VI. Les contractions spasmodiques légères que je viens de décrire et qui se passent dans un ou plusieurs muscles, et même dans quelques fibres musculaires, ne constituent que le premier degré du *tremblement général* des membres, de la tête et du corps entier qui existe chez la plupart des paralytiques, surtout quand ils sont dans la station verticale. Ce tremblement, dans les membres supérieurs, empêche souvent les malades d'écrire, de coudre, et en général de faire tout ce qui exige une certaine précision de mouvements. Il est parfois tellement marqué, qu'il pourrait servir à distinguer une forme particulière de la paralysie progressive.

§ VII. Le *tremblement des membres*, si fréquent chez les

vieillards, constitue parfois presque à lui seul toute la maladie; mais, dans certains cas, il reste isolé pendant si longtemps qu'on ne peut l'attribuer à la paralysie générale dont peut-être il constitue un signe prodromique. Le nommé Oziot, couché au n° 3 de la salle Saint-Ferdinand (service de M. Bricheteau) était affecté d'un tremblement de cette nature qui durait depuis longues années, sans qu'on ait pu reconnaître chez ce malade aucun autre signe de paralysie.

§ VIII. Rives nous a offert un phénomène assez fréquent dans le cours de la paralysie générale, et surtout dans la première période de cette maladie : nous voulons parler de la *disparition momentanée* de quelques uns des symptômes caractéristiques. Il faut être prévenu de cette circonstance quand on examine des individus que l'on suppose être affectés de paralysie générale.

OBSERVATION III.

Hérédité; congestion cérébrale; hémiplegie; étourdissements; paralysie générale progressive; embarras de la parole; paralysie des membres, plus prononcée d'un côté; démarche caractéristique; marche très lente de la maladie.

Przeradzki (Titus), âgé de quarante-trois ans, militaire polonais, d'un tempérament lymphatico-sanguin et d'une bonne constitution, est entré, le 12 mai 1847, à l'hôpital Necker, dans le service de M. Hervez de Chégoin.

Ce malade parle très mal le français, assez mal l'allemand, et j'eus beaucoup de peine à obtenir de lui les renseignements qui suivent :

Sa mère est morte à vingt-quatre ans en mettant au monde deux jumeaux, Titus et son frère, qui a succombé il y a quelques années à une attaque d'apoplexie; un de ses oncles est mort phthisique.

Titus a quitté le service en 1833, et a travaillé depuis cette époque dans plusieurs ports de l'Océan. Il était, me dit-il, fort

adonné à la boisson et aux plaisirs vénériens. Il a eu plusieurs fois des accidents syphilitiques, mais il y a très longtemps; il porte aujourd'hui encore dans le scrotum une tumeur, que je crois être un testicule vénérien.

Il y a huit ans environ, Titus perdit subitement connaissance et quand il revint à lui, il s'aperçut qu'il était complètement paralysé de tout le côté droit du corps. Cet accident lui rendit pendant vingt jours la marche tout à fait impossible, et il resta deux ans avant de reprendre ses occupations habituelles. Il n'a jamais eu d'autres congestions aussi graves; mais, depuis cette époque, il est sujet à des étourdissements assez violents parfois pour le forcer à s'asseoir ou à saisir un point d'appui.

La paralysie diminua d'ailleurs progressivement pendant quatre ans, toujours limitée; puis, le malade s'aperçut que les membres du côté opposé commençaient aussi à s'affaiblir et, à dater de cette époque, la paralysie devenue générale, quoique plus prononcée du côté droit, a constamment suivi une marche lentement progressive, à part quelques améliorations passagères et de peu de durée.

Aujourd'hui Titus a un excellent appétit; toutes ses fonctions organiques s'exécutent à merveille.

Il est impossible de distinguer la moindre déviation dans les traits de la face et dans la langue, qui présente seulement un léger tremblement vermiculaire.

L'embarras de la parole est extrêmement sensible. Ici cependant, je dois le dire, ce symptôme est assez difficile à constater. Titus parle très mal le français, et même l'allemand qu'il a oublié, me dit-il, et quand il nous répond dans l'une de ces deux langues, il doit nécessairement hésiter sur certains mots, les mal prononcer; néanmoins, l'embarras de la parole a chez lui quelque chose de tout particulier qu'on ne rencontre point chez les autres Polonais; et puis, ce phénomène est si tranché que, eût-il existé seul, ce qui n'est pas, tant s'en faut, je n'aurais pas hésité à diagnostiquer une paralysie générale. Il

y a néanmoins dans ce cas une difficulté de diagnostic qui n'a point, que je sache, été encore signalée.

Les membres supérieurs sont faibles, le droit surtout, et agités d'un léger tremblement. Titus ne peut rien faire de ce qui exige une certaine précision de mouvements.

La démarche est caractéristique; il semble que le malade a des semelles élastiques; il tombe d'un pied sur l'autre, et à chaque pas il se redresse brusquement comme un ressort; tout son corps est agité d'un frémissement presque imperceptible, et sa tête, légèrement penchée vers l'épaule gauche, suit en chancelant les mouvements saccadés de tout le corps.

Il urine souvent, mais peu à la fois.

Titus est un peu maigre, mais il me dit l'avoir toujours été.

Il n'a cessé le coït que depuis trois ou quatre mois; avant cette époque il s'y livrait encore avec une certaine ardeur.

La sensibilité générale est émoussée dans toute l'étendue de l'enveloppe cutanée.

Les sensations spéciales ne m'ont rien offert de particulier.

Ce malade était entré à l'hôpital pour se faire soigner de sa paralysie. A l'époque où MM. Baillarger, Bayle, Bouilland, etc., vinrent voir nos malades à l'hôpital, il y avait chez lui un peu d'affaiblissement de la mémoire (1). Titus avait oublié, par exemple, dans quelle année nous étions; il lui fallut réfléchir un instant pour nous dire le nom du mois et le quantième. Il avoue, du reste, lui-même que sa mémoire est un peu affaiblie; elle est surtout infidèle pour les faits récents; il se rappelle assez bien, au contraire, ceux qui ont précédé son entrée à l'hôpital.

§ I. La *prédisposition héréditaire* présente dans cette ob-

(1) J'aurais peut-être dû placer cette observation dans la deuxième série; mais, bien que je considère l'affaiblissement de la mémoire comme un commencement de démence, ce symptôme était ici assez peu prononcé, pour que j'aie cru préférable de laisser ce cas dans la première catégorie.

servation quelque chose de tout particulier. Titus avait un frère jumeau et ce frère est mort d'une attaque d'apoplexie ; cette similitude de disposition malade chez deux individus soumis aux mêmes conditions d'hérédité, de sexe, d'âge, d'éducation et de profession , ne doit étonner personne ; mais le fait n'en est pas moins important à noter.

§ II. Les *excès de boissons* sont regardés par tous les aliénistes comme une des causes les plus fréquentes de la *paralysie générale progressive* ; je les ai notés, en effet, chez la plupart de nos malades ; cette cause agit d'ailleurs d'une manière indirecte en produisant des congestions cérébrales. L'analogie symptomatique du *delirium tremens* et de la paralysie générale aurait pu faire présumer *à priori* l'action puissante des excès alcooliques ; il y a peu de temps, un médecin aliéniste belge a décrit sous le nom de *Delirium tremens chronique*, une affection qui n'est rien autre chose évidemment que la *paralysie générale*, encore peu connue à l'étranger.

§ III. Les *excès vénériens*, dont l'action est sans contredit moins directe encore que celle des excès de boissons, agissent principalement aussi en prédisposant aux congestions cérébrales. Ils sont en même temps une cause d'affaiblissement dont on ne tient peut-être point assez compte. Ne serait-ce point là une des raisons pour lesquelles tel ou tel paralytique résiste moins que tel ou tel autre placé d'ailleurs dans les mêmes conditions.

§ IV. Il n'est pas rare de voir la paralysie générale progressive succéder à une *hémiplegie* déterminée antérieurement par une ou plusieurs congestions cérébrales. Dans les cas de cette nature, on voit d'abord disparaître progressivement cette hémiplegie ; mais, au bout d'un certain temps, on remarque, en examinant attentivement les malades, qu'elle n'est pas aussi nettement limitée ; il y a des irrégularités, des anomalies ; si l'hémiplegie existait primitivement à droite, on voit survenir, par exemple, du côté gauche, de légers symptômes de paralysie de l'un des membres ; ou bien on trouve que la sensibilité est

plus grande au bras du côté gauche et à la jambe du côté droit; le malade voit mieux de l'œil droit et entend mieux de l'oreille gauche. Ces anomalies singulières forment la transition, pour ainsi dire, de l'hémiplégie à la *paralysie générale*. D'ailleurs, du jour où la paralysie commence à se généraliser, l'hémiplégie reste stationnaire, et c'est même là un des signes qui doivent faire craindre l'apparition de la *paralysie générale* chez les hémiplégiques; puis, quand la paralysie générale est bien établie, l'hémiplégie, au lieu de marcher vers la guérison, augmente au contraire d'intensité, et suit pas à pas, pour ainsi dire, la marche de la paralysie dans le côté qui, tout d'abord, n'avait présenté aucune lésion des mouvements. Nous devons ajouter d'ailleurs, que les individus chez lesquels la paralysie générale a ainsi succédé à une hémiplégie qui s'est comme généralisée, il y a toujours, et cela jusque dans la troisième période, prédominance de la paralysie dans le côté primitivement affecté. Titus nous en offre un exemple.

§ V. La *congestion cérébrale* qui chez Titus semble avoir été le point de départ de la maladie, diffère d'ailleurs beaucoup de celles qu'ont éprouvées les malades des observations précédentes; elle est survenue brusquement et a déterminé une perte subite de connaissance et une hémiplégie qui n'a point disparu complètement, tandis que la torpeur des facultés intellectuelles s'est rapidement dissipée. Presque toujours, en effet, comme M. Baillarger l'a parfaitement observé (1), le *rétablissement* des mouvements se fait plus lentement et d'une manière moins complète que celui des facultés intellectuelles.

(1) V. *Annales médico-psych.*, t. IX, p. 335.

OBSERVATION IV.

Chute sur la tête ; affection cérébrale aiguë ; amélioration ; paralysie générale progressive ; embarras de la parole ; faiblesse des membres supérieurs ; démarche chancelante ; diminution de la sensibilité générale ; pas de démence.

Dormy (Narcisse), âgé de dix-huit ans , journalier , d'un tempérament lymphatique et d'une constitution un peu détériorée, est entré, le 5 juillet 1827, à l'hôpital Necker, dans le service de M. Bricheteau.

Ce jeune homme, employé comme chauffeur dans une fabrique de bleu, était d'une bonne santé habituelle. Son père vit encore ; sa mère est morte d'une affection chronique de l'estomac.

Le 5 juillet, il tomba de neuf à dix pieds de haut dans une espèce de fosse, près de laquelle il travaillait. La partie gauche de la tête porta plus particulièrement sur le sol ; il perdit connaissance et on l'apporta immédiatement à l'hôpital. M. Lepeltier, interne du service, à l'obligeance duquel je dois quelques uns des détails que je rapporte ici, vit le malade le soir de son entrée. Il était couché sur le dos, dans un collapsus profond et poussait des cris plaintifs et prolongés, surtout quand on lui remuait la tête.

Il n'offrait ni paralysie, ni mouvements volontaires, ni sensibilité. On ne put obtenir de lui aucune parole. Les pupilles étaient dilatées, le facies abattu ; il lâchait sous lui ses urines et ses matières fécales.

M. Lepeltier lui pratiqua une saignée, fit appliquer des sangsues derrière les oreilles, et prescrivit un lavement purgatif.

Malgré ce traitement énergique, Dormy fut encore plusieurs jours sans reprendre connaissance et sans sortir du collapsus profond dans lequel il était plongé depuis sa chute. Un vésicatoire fut appliqué aux mollets.

Cependant au bout de quatre ou cinq jours les symptômes

commencèrent à s'amender d'une manière notable, et, le dixième jour après l'accident, je trouvai Dormy dans l'état suivant :

Il a un excellent appétit, et on lui donne, en effet, deux portions d'aliments ; les organes thoraciques interrogés avec soin ne présentent rien de particulier.

Il n'y a de tremblement sensible dans aucune partie du corps.

La parole présente le même embarras que chez tous les paralytiques ; cet embarras est même assez prononcé.

Les membres supérieurs sont très faibles et leurs mouvements manquent de précision. Cette faiblesse est égale des deux côtés.

Il en est de même des membres inférieurs.

La démarche du malade est caractéristique : elle est lente, calculée, saccadée ; Dormy tombe d'un pied sur l'autre en écartant les jambes et en rejetant légèrement en arrière la partie supérieure du corps.

La sensibilité générale est obtuse dans tous les points de l'enveloppe cutanée.

La vue est affaiblie ; les autres sens ne présentent rien de particulier.

L'expression de la figure est celle d'un imbécile ; cependant le malade répond assez bien aux questions que je lui adresse, et sa mémoire ne semble pas trop infidèle.

Dans une note qu'il publia sur ce malade dans le n° du 18 janvier 1848 de la *Gazette des hôpitaux*, M. Lepeltier dit qu'à l'époque de sa sortie de l'hôpital, quatre mois environ après sa chute, Dormy ne présentait pas la moindre trace d'aliénation mentale. Son état ne s'était pas, du reste, sensiblement amélioré.

§ I. Est-ce bien là une véritable paralysie générale ? Je crois qu'on ne peut conserver le moindre doute à cet égard, quand on examine attentivement tous les phénomènes pathologiques

présentés par le malade. A part le tremblement des membres, qui, de l'avis de tous les auteurs, manque quelquefois, Dormy nous offre, en effet, tous les symptômes de la paralysie générale au premier degré : embarras de la parole, faiblesse manifeste des membres supérieurs, démarche caractéristique, diminution de la sensibilité générale, etc. Le mode d'invasion n'est pas le même, voilà tout.

§ II. Cette observation n'est point d'ailleurs le seul fait de *paralysie générale progressive* survenue à la suite d'une affection cérébrale aiguë. A la page 88 du tome II de ses *Éléments de pathologie médicale*, M. Requin rapporte une observation qui présente avec la précédente une certaine analogie. Il s'agit d'un malade qui était entré à l'hôpital avec tous les symptômes d'une méningo-encéphalite aiguë. Il avait fait une chute le matin même de son entrée ; mais on apprit que depuis quelques temps déjà il faisait des excès de toute nature. Quoi qu'il en soit, les symptômes graves qu'il présentait s'amendèrent sous l'influence d'un traitement énergique et rationnel ; mais un mois environ après l'entrée du malade, l'amélioration sembla ne plus marcher aussi rapidement, M. Requin reconnut alors une grande lenteur dans la compréhension, un affaiblissement extrême de la mémoire ; le malade accusait quelques douleurs sourdes dans la tête ; la parole était pénible et embarrassée et la sensibilité générale notablement diminuée. Tous ces symptômes de paralysie ne firent que s'aggraver, et il mourut le 16 juillet, trois mois après son entrée. A l'autopsie, M. Requin reconnut les traces évidentes d'une méningite ancienne. Les ventricules contenaient, en outre, une grande quantité de sérosité avec quelques flocons de pus. Tout le plancher inférieur des ventricules latéraux présentait un ramollissement complet sans injection. M. Requin rapporte, du reste, cette observation comme un cas de *paralysie générale progressive*.

M. le professeur Bouillaud signale aussi ce mode d'invasion de la paralysie générale. Voici comment il s'exprime à ce sujet :

« Si les malades ne succombent pas à l'encéphalite aiguë générale, et que celle-ci, au lieu de se terminer par la guérison, passe à l'état chronique, alors on voit survenir lentement dans les fonctions intellectuelles et morales ces désordres qui ont été désignés sous le nom d'*aliénation mentale*, et cette paralysie générale, si bien étudiée par M. Calmeil et d'autres (1). »

§ III. Malgré l'analogie évidente que présente l'observation de M. Requin avec celle que je viens de rapporter, je ne crois pas que la lésion organique soit la même.

L'analyse des symptômes me porterait plutôt à regarder l'affection dont notre malade a été atteint comme un cas d'*hydrocéphale aiguë passée à l'état chronique*. Dans l'excellent mémoire qu'il publia sur ce sujet en 1832 (2), Dance rapporte un fait (obs. XIV) qui présente avec l'observation précédente une très grande analogie. La maladie avait été également déterminée par une chute sur la tête, et présentait à peu près les mêmes symptômes. Les lésions cependant étaient plus graves : il y avait fracture des os du crâne, et le malade mourut.

Ce qui me porte encore à penser qu'il y a chez Dormy une collection séreuse des ventricules, c'est que dans l'observation XIX^e du même mémoire, où il s'agit d'une *hydrocéphale chronique*, les symptômes signalés par l'auteur ressemblent beaucoup à ceux de la *paralysie progressive* en général et en particulier à ceux qu'a présentés notre malade. Voici, en effet, comment Dance s'exprime à cette occasion : « Ces symptômes se sont présentés à peu près sous la même forme que ceux de l'abcès ou du ramollissement cérébral : invasion lente, obtusion des sens, torpeur des facultés intellectuelles, dont la manifestation n'avait lieu sur la fin qu'en des signes, embarras extrême de la parole, débilité paralytique dans les membres, et surtout dans ceux du côté gauche, ce qui tenait

(1) *Traité de nosographie médicale*. Paris, 1846, t. II, p. 52.

(2) *Mémoire sur l'hydrocéphale aiguë observée chez l'adulte*. *Archives générales de médecine*, année 1830, t. XXI et XXII.

à la prédominance de l'épanchement dans la cavité opposée du cerveau » (t. XXIII, p. 323).

§ IV. Rien de plus facile à expliquer d'ailleurs que la rareté de la *paralysie générale progressive* succédant à une encéphalite ou à une *hydrocéphale aiguë*; la marche de ces affections est trop rapide et leur terminaison trop promptement funeste pour comporter une dégradation de l'inflammation dans le mode qu'on appelle chronique, le seul qui puisse présenter les symptômes de la *paralysie générale*.

§ V. Quand la paralysie succède à une ou plusieurs hémorrhagies cérébrales, et ces faits ne sont pas très rares, les symptômes de paralysie peuvent souvent être attribués à un épanchement séreux consécutif. Dans ses *Recherches sur l'apoplexie*, M. Rochoux rapporte, sous le titre d'*Épanchements séreux consécutifs aux apoplexies*, des observations dans quelques unes desquelles (obs. XXXVI, XXXVIII et XLI, p. 62 et suivantes) il est facile de reconnaître tous les symptômes de la paralysie progressive. Dans ces trois cas, d'ailleurs, aussi bien que dans les observations de Dauce et de M. Requin, et dans celle que je viens de rapporter, il n'y avait point de tremblement des membres. L'absence de ce symptôme appartiendrait-elle à une variété particulière de la paralysie générale?

§ VI. Le séjour habituel auprès d'un feu ardent prédispose évidemment aux congestions cérébrales, et par suite à la paralysie générale. Dormy était *chauffeur*, et il serait possible que cette circonstance eût été chez lui une des causes prédisposantes de la maladie. On voit, en effet, assez rarement des affections cérébrales aiguës ou chroniques survenir à la suite d'une simple chute sur la tête.

J'emprunte à un mémoire de M. Brierre de Boismont (*Gazette médicale* du 20 octobre 1847) l'observation suivante, qu'il a recueillie dans le service de M. Sandras.

OBSERVATION V.

Affaiblissement de la force musculaire dans les bras, puis dans les jambes; embarras de la prononciation; diminution de la sensibilité générale; démarche vacillante; affaiblissement léger de la mémoire; amélioration.

Un homme d'une quarantaine d'années entra à l'hôpital Beaujon, vers le commencement du mois de mai 1847. Cet homme, d'une bonne constitution physique et d'un tempérament légèrement sanguin, exerçait la profession de garçon d'écurie.

Les premiers symptômes qui appelèrent son attention consistèrent dans un affaiblissement de la force musculaire des membres supérieurs; les jambes se prirent ensuite; il marchait en vacillant, de sorte que, d'après ses propres paroles, sa démarche ressemblait à celle d'un homme ivre. Il n'y a que peu de temps que sa langue s'est embarrassée, et cela sans que ses idées soient aucunement altérées. Le malade fait remonter le commencement de son mal à environ cinq mois.

« A l'époque de son admission, cet homme avait un embarras très prononcé de la parole; il bégayait à chaque mot, mais sa pensée était nette; il ne saisissait que très faiblement les objets et pouvait à peine se tenir sur ses jambes; il lui fallait un support, et il traînait ses membres. »

Vers la fin de juillet, à l'époque où M. Brierre vit ce malade, tous ces symptômes s'étaient sensiblement améliorés, quoiqu'il fût encore facile d'en constater l'existence; la sensibilité et la motilité lui ont paru plus faibles à droite qu'à gauche; le malade, interrogé par lui, répond que sa mémoire est affaiblie pour les faits récents, mais bien conservée pour les événements passés. Il fait remonter cette diminution de la mémoire à une impression morale qu'il a éprouvée en 1834: il fit alors une maladie d'un mois de durée. Il n'a d'ailleurs conservé aucun souvenir de ce qui s'est passé, parce qu'il avait perdu con-

naissance ; malgré cet affaiblissement de la mémoire, que le malade reconnaît mieux que personne, cet homme a conservé toute son intelligence.

§ I. Nous avons rapporté ici cette observation, parce qu'elle offre avec les nôtres une assez grande analogie. Nous regrettons néanmoins qu'elle manque de détails précis sur les antécédents du malade.

§ II. Le sujet de l'observation précédente a présenté un phénomène que l'on rencontre assez souvent chez les paralytiques, je veux parler de *l'oubli des faits récents*, alors que d'autres bien plus anciens se présentent encore facilement à la mémoire. C'est là un des nombreux symptômes qui établissent entre la paralysie générale et la vieillesse une analogie sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir.

J'ai déjà dit que M. Delaye avait rapporté dans sa thèse un cas de paralysie générale observé chez une femme non aliénée. Voici cette observation :

OBSERVATION VI.

Tremblement des bras ; faiblesse des membres ; incertitude de la marche ; embarras de la parole ; aggravation presque subite des accidents ; agitation suivie d'anéantissement et de perte de connaissance ; hémiplégie du côté droit ; mort ; autopsie ; injection des méninges et de l'encéphale ; induration du cerveau et du cervelet ; ramollissement de la moitié gauche de la protubérance annulaire.

« Bretonneau, âgée de soixante-dix ans, était depuis longtemps affectée de cette infirmité, assez commune chez les vieillards, et qui consiste dans le tremblement des bras, la faiblesse des membres, l'incertitude de la marche et la difficulté de la parole. Placée à la Salpêtrière, dans une division d'infirmes, elle conservait, malgré la faiblesse susdite des appareils locomoteur et vocal, une santé assez bonne pour son âge. Dans les premiers jours de septembre 1824, elle passa un dimanche hors de la maison, et y revint le lendemain avec un dévoiement

violent, qui cessa après une huitaine de jours. Cependant elle resta dans un état de santé peu satisfaisant; elle n'avait pas recouvré l'appétit, éprouvait des lassitudes spontanées, avait plus de difficulté pour articuler les mots et pour se servir de ses membres. Au milieu de cet état, elle fut prise, dans la nuit du 7 au 8 octobre, d'un délire très violent, avec agitation extraordinaire des membres; elle poussa des cris toute la nuit, vociférant des mots sans suite, jetant ses membres à droite et à gauche, et vers le matin tomba dans un état complet d'anéantissement; transportée à l'infirmerie, et examinée au moment de son entrée, elle présenta les symptômes suivants: perte complète de connaissance, yeux fermés, face pâle, déviation de la bouche à gauche; immobilité complète du bras droit; paralysie moins complète de la jambe du même côté; conservation des mouvements du côté gauche; conservation de la sensibilité des deux côtés. Respiration lente et sans râle; pouls faible, peu fréquent; la peau d'une température ordinaire. Un lavement avec le miel mercurial fut prescrit, ainsi que l'application de cataplasmes sinapisés aux mollets; la tête fut peu couverte. Le lendemain, les mêmes symptômes existaient à un degré plus prononcé; le jour suivant la malade succomba. »

A l'autopsie, on trouva les altérations organiques suivantes :

Arachnoïde et pie-mère injectées de sang et infiltrées d'une sérosité rougeâtre; substance corticale d'un rouge intense et uniforme; substance blanche très résistante, et fortement injectée dans toute son étendue.

Injection des corps striés et des couches optiques; la protubérance annulaire présentait, à la partie moyenne et postérieure de sa moitié gauche, un peu avant la séparation des pédoncules cérébraux, une étendue de quelques lignes en tous sens, ramollie, désorganisée et injectée de sérosité lactescente.

Le cervelet était très consistant.

§ 1. Les symptômes qui précédèrent, dans cette observation,

la terminaison fatale de la maladie sont ceux d'une violente *congestion cérébrale*, annoncée d'ailleurs, comme cela a eu lieu généralement, par l'augmentation de tous les symptômes de la paralysie générale et une agitation insolite et de peu de durée. Les lésions anatomiques trouvées dans les membranes et l'encéphale, et en particulier dans la protubérance annulaire, expliquent du reste parfaitement les accidents observés pendant la vie. M. Delaye attribue surtout la paralysie générale à une induration de la substance blanche cérébrale. Nous discuterons plus loin cette manière de voir.

§ II. L'observation de M. Delaye nous offre un exemple de paralysie générale déjà très avancée, sans trace aucune d'aliénation mentale ni de démence. Je ne crois pas, en effet, qu'on puisse assimiler à l'un ou l'autre de ces désordres intellectuels l'*agitation* qui survint quelques jours avant la mort de la malade. Bretonneau n'avait d'ailleurs probablement jamais offert le moindre dérangement intellectuel; car M. Delaye n'eût point alors rapporté cette observation comme un cas de paralysie générale survenue chez une personne non aliénée.

Je n'ai point trouvé dans les travaux que j'ai parcourus d'autres observations complètement assimilables aux précédentes; mais je sais de bonne source que MM. Baillarger, Sandras et Requin, en ont recueilli quelques unes.

DEUXIÈME SÉRIE.

Observations dans lesquelles la paralysie générale progressive n'a point été précédée d'aliénation mentale, mais a été plus tard accompagnée de démence.

Les faits de cette nature sont, je ne dirai pas plus communs, mais plus souvent observés que les précédents; j'en ai déjà indiqué la raison. Par l'expression *paralysie compliquée de démence*, je ne veux pas dire que la démence soit une compli-

cation, un accident de la *paralyisie générale progressive*; je la regarde, au contraire, comme un *symptôme* à peu près constant de cette maladie arrivée à une certaine période, et je la rattache à la même cause organique que les lésions de la motilité et de la sensibilité.

OBSERVATION VII.

Hérédité; âge critique; paralyisie générale progressive au second degré; vertiges; démence consécutive; état stationnaire.

Chégné (Marie), âgée de cinquante-ans, marchande des quatre saisons, d'un tempérament lymphatico-sanguin et d'une forte constitution, est entrée, le 9 octobre 1845, à l'hôpital Necker dans le service de M. Brichteau.

La mère de cette femme est morte à quarante-neuf ans de phthisie pulmonaire; un de ses frères est aliéné depuis quelques années.

Chégné a été plusieurs fois elle-même atteinte d'affections de poitrine, mais n'a jamais eu de maladie cérébrale. Elle est fort adonnée à la boisson et elle en porte sur la figure les traces indélébiles.

Peu de temps après son dernier écoulement menstruel, Chégné a commencé à s'apercevoir d'une faiblesse notable dans les membres inférieurs, puis dans les membres supérieurs. Depuis la même époque, elle a une paralyisie de la vessie et du rectum assez marquée pour que souvent elle ne puisse pas retenir ses matières.

Quelques semaines après l'apparition presque simultanée de ces accidents, la malade commença à ressentir de fréquents maux de tête, accompagnés parfois d'étourdissements. Quatre ou cinq fois depuis trois mois ces phénomènes ont pris le caractère de véritables vertiges épileptiques. Quand ces accidents survenaient, il fallait, pour éviter de tomber, qu'elle s'appuyât contre un support. Le vertige était alors de peu de durée; parfois, au

contraire, elle tombait malgré tout, comme une masse inerte, et restait une ou deux minutes sans connaissance.

Quand nous la vîmes le lendemain de son entrée à l'hôpital, elle nous parut tout d'abord avoir une santé excellente; mais bientôt, en l'interrogeant avec soin, j'appris qu'elle avait depuis deux mois une diarrhée qui la fatiguait beaucoup et qui, jointe à la paralysie du sphincter, constituait pour elle une véritable incommodité; malgré cela son appétit était assez bon.

L'examen des organes thoraciques ne me fit rien reconnaître de particulier. Le poulx était d'une fréquence normale, mais un peu mou et dépressible.

Elle éprouvait de temps en temps, le soir, comme de véritables accès de fièvre intermittente d'ailleurs très légers et de peu de durée.

Elle voyait un peu trouble. La veille, il lui avait semblé voir sur le lit d'une de ses voisines des oiseaux, des lapins, etc.

Les autres sens ne m'offrirent rien de particulier.

Chégné avait une faiblesse assez marquée des membres inférieurs; elle marchait assez bien, mais avec lenteur; de temps en temps elle hésitait et faisait des faux pas. Cette faiblesse augmentait d'ailleurs de jour en jour.

Dans les membres supérieurs elle était peut-être moins prononcée; les membres du côté droit étaient un peu plus forts que ceux du côté gauche.

La paralysie du rectum et de la vessie, que j'ai déjà signalée, ne semblait pas avoir fait de progrès depuis quelques mois.

La sensibilité générale était partout notablement diminuée.

La langue n'offrait aucune déviation, et ses mouvements étaient assez libres. La malade reconnaissait néanmoins elle-même que par moments elle bégayait, qu'elle ne prononçait point aussi nettement qu'autrefois.

Chégné avait sensiblement perdu la mémoire; elle se souve-

nait beaucoup moins des faits récents que de ceux qui remontent à une époque déjà éloignée.

Il n'y avait pas chez elle d'autres signes de démence. Elle me dit parler seule la nuit, et ses voisines m'assurèrent ne l'avoir pas encore entendue une seule fois. Elle n'avait point de délire ambitieux.

De temps en temps elle accusait de la céphalalgie et avait souvent aussi des étourdissements, et même, mais plus rarement, des bourdonnements d'oreilles.

Sous l'influence d'un traitement convenable, la diarrhée diminua rapidement; mais les symptômes de paralysie restèrent stationnaires.

Dans la nuit du 13 au 14, elle se leva, fit quatre ou cinq fois le tour de la salle, sortit sur le préau et se récria, quand la sœur la fit rentrer; elle voulut alors se coucher dans un lit qu'elle prétendait être le sien, et qui en était cependant à une certaine distance; elle appelait son mari, et disait qu'elle voulait boire un *canon*; elle prétendait que sa voisine mangeait du fil de fer.

Le 14, à la visite du matin, elle n'avait point encore toute sa raison. Elle nous dit qu'elle voulait voir son mari; nous ne pûmes, en effet, la retenir à l'hôpital; elle en sortit malgré nous le lendemain.

Je revis cette femme vingt mois plus tard, le 24 juillet 1847. Je la trouvai à peu près dans le même état qu'à l'époque de son séjour à l'hôpital. Elle était complètement paralysée du côté gauche; le côté droit était aussi notablement affaibli. Assise sur un fauteuil toute la journée, elle ne pouvait faire un pas sans être soutenue et il lui était impossible de s'habiller seule; elle avait cependant conservé encore assez d'embonpoint. Bien que la paralysie fût évidemment plus prononcée du côté gauche que du côté droit, il n'y avait cependant pas la moindre déviation des traits de la face ni de la langue. Chégné me dit néanmoins

qu'elle voyait moins bien de l'*œil gauche* que de l'œil droit, et qu'elle ouvrait assez difficilement les paupières de ce côté (1). Je fus étonné, en la faisant parler, de trouver sa prononciation assez nette ; mais quand je lui en fis l'observation, plusieurs de ses voisines, qui assistaient à ma visite, s'empressèrent de me dire qu'elle parlait rarement aussi bien, qu'habituellement elle bégayait beaucoup et que souvent même il était assez difficile de bien comprendre ce qu'elle disait.

J'appris par les mêmes personnes que depuis sa sortie de l'hôpital, Chégué n'avait point eu de nouvelles congestions cérébrales, du moins bien apparentes, et qu'elle n'avait plus donné les signes de démence dont j'avais été témoin à l'hôpital.

§ I. Dans cette observation, la *paralysie générale progressive* était parvenue à sa *seconde période* : voix gutturale, embarras de la parole consistant en un véritable *bégaiement* ou *bredouillement* ; marche vacillante, parfois même déjà impossible ; faiblesse plus grande des membres supérieurs ; diminution plus considérable de la sensibilité générale et des sensations ; paralysie commençante de la vessie et du rectum ; démence, quelquefois avec agitation et délire ambitieux : tels sont généralement les symptômes de cette seconde période, dont quelques uns seulement n'existent pas chez notre malade.

§ II. L'*âge critique*, comme la puberté, s'accompagne assez souvent d'accidents sérieux. C'est sans contredit une des causes qui prédisposent le plus activement la femme aux affections cérébrales principalement. Cette circonstance a été d'ailleurs signalée par la plupart des médecins. Il est assez fréquent, en

(1) Ne pourrait-on pas attribuer cette diminution de la vision du côté opposé à celui où doit siéger la lésion qui a déterminé primitivement l'hémiplégie à la paralysie des muscles de ce côté ? L'intégrité des mouvements de ces muscles n'est-elle pas indispensable pour l'exercice normal de la vision ?

effet, de voir la paralysie générale, par exemple, survenir presque immédiatement après la disparition définitive de l'écoulement menstruel. La rareté de cette affection chez les femmes avant l'âge critique ne pourrait-elle pas faire présumer que le flux menstruel, en opérant une dérivation favorable, les préserve en partie de cette terrible maladie.

§ III. Souvent, dans la seconde période de la paralysie générale, les malades *lâchent* sous eux leurs urines ou leurs matières fécales. Doit-on attribuer ce phénomène, comme on l'a fait, à la lésion des facultés intellectuelles ? Je crois plutôt qu'il y a là tout simplement *paralysie du sphincter anal et des fibres circulaires du col de la vessie*. Ce qui me porte à penser qu'il en est ainsi, c'est que j'ai souvent constaté, quelquefois même dans la première période de la paralysie générale, un phénomène que l'on doit certainement rapporter à une paralysie musculaire. Les malades ne peuvent vider complètement leur vessie, et sont forcés d'uriner très fréquemment et peu à la fois; puis, quand ils ont fini, il tombe encore goutte par goutte une assez grande quantité d'urine que n'ont pu chasser les contractions insuffisantes des fibres musculaires de la vessie et de l'urètre. Les auteurs qui ont rattaché le phénomène dont il s'agit à une lésion intellectuelle en se fondant sur ce que, à cette époque de la maladie, la paralysie ne s'est point encore portée sur les filets émanés du grand sympathique, avaient oublié probablement que le sphincter inférieur du rectum et les fibres musculaires du col de la vessie reçoivent directement des filets nerveux du centre cérébro-spinal.

§ IV. Quelquefois d'ailleurs on observe chez les paralytiques un phénomène tout différent du précédent et que l'on doit rapporter à la même cause ; je veux parler de la *dysurie* et de la *constipation* opiniâtre que présentent certains malades.

§ V. Les *hallucinations*, quoi qu'on en ait dit, sont rares chez les paralytiques. Je ne sais si le délire des sensations dont Chéné a donné quelques signes passagers a consisté en de

simples illusions ou de véritables hallucinations ; ce phénomène ne s'étant pas reproduit, je n'ai pu avoir aucun renseignement précis à cet égard.

§ VI. Je n'insiste pas sur les autres désordres intellectuels que nous a présentés cette femme. Je ferai remarquer seulement qu'ils peuvent tous être rapportés à la *démence*, telle que la définissent Esquirol, Georget, MM. Calmeil, Foville, Falret, etc. Je reviendrai d'ailleurs plus loin sur cette question.

§ VII. Chégué nous offre un phénomène qui est indiqué par plusieurs auteurs, et entre autres par M. Calmeil (1), comme se rencontrant assez souvent dans la seconde période de la maladie ; c'est la *prédominance de la paralysie dans l'un des côtés du corps*, alors même que ce symptôme n'existait pas dans la première période.

OBSERVATION VIII.

Migraines ; disposition aux congestions cérébrales ; paralysie intermittente et alternative des membres supérieurs à la suite d'un travail forcé ; paralysie générale progressive ; embarras très marqué de la parole ; tremblement de la langue et des lèvres ; diminution de la sensibilité générale ; étourdissements ; céphalalgie ; idées de suicide.

Cerbeland (François), âgé de trente-cinq ans, célibataire, tailleur, d'un tempérament lymphatico-nerveux et d'une constitution assez forte, est entré le 21 juillet 1847 à l'hôpital Necker, dans le service de M. Bricheteau.

Pas d'antécédents héréditaires.

Cerbeland est adonné à la boisson ; il m'assure n'avoir jamais eu d'accidents vénériens.

A dix-sept ans, il fut atteint d'une *oppression de poitrine* ; il y a huit ans environ, il a eu, me dit-il, une paralysie de la partie supérieure du tronc et des membres thoraciques ; depuis cette époque, il éprouve aussi très fréquemment des migraines

(1) *Dictionnaire de médecine* en 30 vol., t. XXIII, p. 140, art. *Paralysie générale des aliénés*.

qui ne l'ont jamais quitté. Souvent le sang lui monte à la tête, surtout quand on le contrarie. Il n'a jamais eu cependant de congestion cérébrale avec perte de connaissance.

Il y a quatre mois environ, après un travail assidu pendant deux nuits consécutives, Cerbeland s'est senti le bras gauche paralysé; puis, au bout de vingt minutes, la paralysie quittait le bras gauche pour se porter sur le droit.

Depuis cette époque, le même accident s'est reproduit dans le bras droit tous les huit ou dix jours et dans le bras gauche deux ou trois fois seulement; mais il paraîtrait, d'après les renseignements qui m'ont été donnés par les parents du malade, que ces accidents ont consisté plutôt en des alternatives de contracture et de paralysie qu'en une paralysie ordinaire.

A l'époque où j'examinai Cerbeland, vers la fin de juillet 1847, je le trouvai dans l'état suivant :

Les fonctions organiques s'exécutent parfaitement bien.

La langue est agitée d'un tremblement vermiculaire incessant et très manifeste.

Il y a un embarras de la parole déjà très évident qui a frappé tout d'abord M. Bricheteau; on voit même par moments un certain effort des lèvres qui, alors seulement, sont agitées d'un léger tremblement vermiculaire.

Il existe également un tremblement léger dans les membres supérieurs, et surtout dans celui du côté droit.

A part un peu d'hésitation dans la marche, les membres ne m'ont point paru être plus faibles que dans l'état normal.

La sensibilité générale est évidemment diminuée sur tous les points de l'enveloppe cutanée.

Je n'ai rien remarqué de particulier dans les sensations spéciales.

De temps en temps Cerbeland éprouve des étourdissements, mais moins souvent qu'autrefois. Il est obligé alors, pour ne pas tomber, de s'asseoir ou de saisir un point d'appui. Ces étourdissements s'accompagnent quelquefois de céphalalgie.

La nuit, son sommeil est agité par des rêves qui n'offrent d'ailleurs rien de particulier. Il n'a jamais eu et n'a point d'hallucinations ; il est très irascible. Les personnes qui l'ont conduit à l'hôpital ont dit qu'il avait récemment essayé de se donner la mort. Le malade, qui m'avait d'abord affirmé n'avoir jamais eu d'idées de suicide, m'a avoué le lendemain qu'il avait, en effet, attenté à ses jours. Les tracasseries de ses parents l'avaient, me dit-il, poussé à bout.

Cet homme sortit de l'hôpital au bout de deux mois de séjour, ne présentant plus que quelques désordres des mouvements volontaires. Le traitement avait consisté surtout en bains sulfureux.

§ I. J'ai déjà dit que les désordres intellectuels étaient assez rares dans la première période de la paralysie générale ; il en existe cependant quelquefois. Ce n'est guère d'ailleurs que dans des cas de cette nature, que l'on rencontre chez les paralytiques une véritable aliénation mentale. Le malade de l'observation précédente nous offre, en effet, un exemple de *lypémanie suicide*. Il existe dans la science plusieurs faits de même nature. L'analogie que M. Baillarger a démontré exister entre la paralysie générale et la pellagre arrivée à une certaine période (voir *Ann. médico-psych.*, t. XI, p. 317) semblerait même établir que si la monomanie suicide n'est pas un symptôme fort commun chez les paralytiques, elle se rencontre néanmoins plus souvent qu'on ne le pense généralement.

§ II. Je ne ferai que signaler en passant l'absence de la *faiblesse des membres*. Il n'est pas rare, en effet, de voir manquer dans certains cas de paralysie générale confirmée quelques uns des symptômes les plus importants.

§ III. On rencontre assez souvent dans la période d'incubation ou au début de la paralysie générale, ces alternatives de paralysie et de *contracture* que présentait Cereband ; c'est d'ailleurs un phénomène assez facile à expliquer et qui est le

résultat des modifications matérielles, mais encore mobiles et passagères à cette époque de la maladie, qui s'opèrent dans les méninges et dans l'encéphale.

§ IV. Les lésions de la *sensibilité générale* ont été fort peu étudiées par la plupart des auteurs qui ont écrit sur la paralysie progressive; cela tient probablement à la difficulté qu'on éprouve à constater ce symptôme et aux variétés sans nombre qu'il présente chez les différents malades. Dans une note publiée en 1846 (1), M. de Crozant prétend qu'il existe dans la période prodromique de la paralysie générale, une *anesthésie* presque complète qui précéderait les désordres de la motilité, mais qui ne serait que momentanée et disparaîtrait quand les altérations de la locomotion sont bien manifestes. J'ai plusieurs fois, en effet, rencontré une anesthésie presque complète dans des cas où les autres symptômes étaient encore peu marqués; Gerbeland nous en offre même un exemple; mais je doute fort que l'existence de ce symptôme, au début de la paralysie générale, soit aussi constante que le veut M. de Crozant; c'est d'ailleurs, je crois, celui des phénomènes de la paralysie progressive qui offre le plus d'inconstance et d'irrégularité.

L'observation suivante a été déjà insérée dans ce journal (n° de septembre 1847); je crois cependant devoir la reproduire ici.

OBSERVATION IX.

Hérédité; abus du mercure; paralysie générale progressive au premier degré; tremblement des membres supérieurs; embarras de la parole; démarche mal assurée; perte des facultés génitales; étourdissements; démence consécutive.

Labouche (Pierre-Martin), âgé de cinquante-huit ans, compositeur d'imprimerie, marié, d'un tempérament lymphatique

(1) Note sur la sensibilité de la peau au début de la paralysie générale. *Revue médicale*, année 1846, t. III, p. 182.

et d'une forte constitution, est entré le 1^{er} juillet 1847 à l'hôpital Necker, dans le service de M. Bicheteau.

Son père est mort d'une attaque d'apoplexie; il était déjà depuis trois ans atteint de paralysie. Une de ses sœurs est morte phthisique; un de ses cousins germains maternels est mort à trente-six ans paralytique.

Labouche a eu dans sa jeunesse des accidents syphilitiques pour lesquels il a suivi *pendant longtemps* un traitement mercuriel. Il n'a jamais fait d'excès vénériens ni de boissons; il a toujours beaucoup fumé.

De 1807 à 1815, il a servi comme chirurgien sous-aide-major; depuis 1815, il a toujours été compositeur d'imprimerie. En 1825, il reçut sur la poitrine un coup violent, à la suite duquel il fut gravement malade pendant dix-huit mois; il dut encore se reposer quelque temps avant de reprendre les travaux de sa profession qu'un tremblement incessant des membres supérieurs le força de quitter définitivement dans les premiers jours du mois de mai 1847.

La maladie actuelle remonte à une époque déjà ancienne; depuis plusieurs années, en effet, Labouche éprouvait de temps en temps des étourdissements légers avec lourdeur de tête, et il avait même, me dit-il, un léger tremblement du bras gauche. Le 5 août 1846, il sentit tout à coup en travaillant quelque chose qui, partant des extrémités des doigts, parcourut en montant le membre supérieur gauche jusqu'à la tête, puis descendit le long du corps jusqu'aux orteils du même côté. Il est important de noter que, trois ou quatre mois auparavant, le malade avait eu dans le membre de ce côté des douleurs rhumatismales, pour lesquelles on lui avait donné des bains de vapeur. D'ailleurs, depuis cette époque, son bras gauche est toujours resté engourdi. La chaleur du lit cependant fait presque complètement disparaître cet engourdissement, qui revient dès que le malade a le bras découvert. Depuis l'apparition de cet engourdissement, le tremblement du bras est devenu beau-

coup plus apparent ; il s'est même étendu à celui du côté opposé.

Vers la fin de juin 1847, Labouche fut pris d'un violent étourdissement ; il tomba et resta sans connaissance pendant plus d'une heure.

Le même accident s'est reproduit à deux reprises différentes, le 22 juillet et le 25 août de la même année ; mais le malade ne perdit point connaissance, il put se relever et retourner à son lit.

Labouche avait autrefois des hémorroïdes qui ont disparu depuis quatre ou cinq ans ; elles n'ont d'ailleurs jamais donné de sang.

Vers la fin d'août, la plupart des symptômes que j'ai notés offraient une plus grande intensité.

L'appétit était excellent : Labouche mangeait facilement les quatre ou cinq portions qu'on lui donnait , et, certes, il en eût bien mangé davantage.

Sans être constipé, il allait difficilement à la selle, parce que, dit-il, il ne pouvait pousser les matières. La miction était facile, mais il urinait souvent et peu à la fois.

Rien de particulier dans les organes thoraciques.

La langue était agitée d'un tremblement vermiculaire bien évident. Le malade avait un embarras de la parole très prononcé dont il s'était aperçu lui-même, pour la première fois, vers la fin de 1846.

Les membres supérieurs, et surtout celui du côté gauche, étaient agités d'un tremblement très manifeste ; constriction faible de la main gauche ; il pouvait encore, avec la main droite, porter à sa bouche un verre plein de liquide sans en renverser sur son lit, mais il ne pouvait le faire avec la gauche. Depuis plusieurs mois déjà il lui était impossible d'enfiler une aiguille.

La marche était chancelante , il tombait d'un pied sur l'autre , et tout son corps se remuait de droite à gauche, la tête principalement ; il biaisait même un peu en marchant.

Il y avait déjà cinq ou six ans qu'il n'avait vu de femme ; il n'y pensait même pas : *ça s'est éteint de bonne heure*, me dit-il.

La sensibilité générale n'était pas notablement diminuée.

La vue était affaiblie depuis quatre ou cinq ans ; les autres sens n'offraient rien de particulier.

Lapouche avait bien évidemment un affaiblissement de la mémoire, il oubliait surtout très facilement les faits les plus récents, et puis *ça ne lui venait pas à l'idée* ; il en était surpris, car il parlait autrefois facilement et sans beaucoup d'efforts.

Ce malade était à peu près alors dans le même état qu'à l'époque de son entrée, et, comme dans la plupart des cas de cette nature, les divers traitements employés n'ont point arrêté la marche d'ailleurs très lente de la maladie.

§ I. L'observation précédente est sans contredit une de celles où les symptômes de la maladie sont le plus nettement dessinés. C'est un type de *paralysie générale* arrivée au commencement de sa deuxième période.

§ II. La *prédisposition héréditaire* est ici fort remarquable : le père et un cousin germain maternel sont morts *paralytiques* ; une de ses sœurs est morte phthisique.

§ III. *L'abus du mercure* ! Voilà, certes, une cause à laquelle on a fait jouer un bien grand rôle dans la pathogénie de toutes les unaladies. Que l'on attribue à cet agent thérapeutique énergétique certains accidents qui surviennent parfois pendant ou peu de temps après un long traitement mercuriel, je le comprends ; mais que l'on rende le mercure, pris à vingt-cinq ans, responsable des affections qui surviennent à soixante, c'est assurément faire une hypothèse qu'il serait difficile de légitimer par des faits.

§ IV. Si l'on a généralement exagéré l'action délétère tout au moins problématique des préparations mercurielles, on a peut-être, au contraire, beaucoup trop peu tenu compte de l'action tout

récemment étudiée *du tabac* sur l'économie. L'influence fâcheuse de cette plante sur les ouvriers, et plus particulièrement sur les ouvrières des fabriques, est aujourd'hui incontestable. Quelques inconvénients peuvent aussi résulter, chez les fumeurs, de l'abus auquel ils se livrent si souvent; mais ces accidents n'ont point encore, que je sache, été longuement étudiés. Quelques faits, que j'ai eu l'occasion d'observer, me porteraient à penser que les grands fumeurs sont plus particulièrement prédisposés aux congestions cérébrales, et par suite à la *paralysie générale progressive*. C'est une question qui, je crois, mérite examen.

§ V. Dans la seconde période de la paralysie générale, et même quelquefois dans la troisième, les *fonctions végétatives* s'exécutent en général fort bien : l'appétit est excellent, souvent même un peu vorace, et les malades ont assez d'embonpoint. Ce n'est que plus tard que surviennent la maigreur, le marasme, les taches gangréneuses et la mort. Il est rare d'observer ces accidents dans les hôpitaux ordinaires. Les malades déclarés incurables sont envoyés comme tels à la Salpêtrière ou à Bicêtre.

§ VI. M. Baillarger le premier a signalé au début de la paralysie générale la *perte des facultés génitales* (1). Je l'ai notée, en effet, chez quelques uns de nos malades. C'est un signe prodromique assez important; mais je dois ajouter que parfois on observe, au contraire, une espèce d'orgasme vénérien qui persiste même, mais assez rarement, jusque dans la troisième période de la maladie.

§ VII. La perte de la mémoire est sans aucun doute un commencement de *démence*. C'est souvent le seul signe d'affaiblissement intellectuel qu'on puisse reconnaître dans la première, et même dans la deuxième période de la *paralysie générale progressive*.

(1) V. *Annales médico-psychologiques*, t. VIII, p. 434.

OBSERVATION X.

Hérédité ; premier accès de délire ambitieux ; guérison ; début insidieux de la paralysie générale ; second accès de délire ambitieux ; aggravation des symptômes de la paralysie ; étourdissements ; embarras de la parole ; tremblement et faiblesse des membres supérieurs ; paralysie commençante de la vessie ; perte des facultés génitales ; démence.

Fouilloud (Antoine), âgé de cinquante-un ans, bottier, marié, d'un tempérament lymphatico-sanguin et d'une bonne constitution, est entré le 5 avril 1847 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Martin-Solon.

La mère de ce malade est morte à quatre-vingts ans paralysée ; un de ses enfants a succombé, à l'âge de trois mois, à une péritonite tuberculeuse ; un oncle paternel a été aliéné et a fait plusieurs tentatives de suicide.

Fouilloud a été militaire pendant dix ans ; depuis qu'il a quitté le service, il a toujours exercé la profession de bottier.

Il a fait des excès de boissons ; mais il m'assure n'avoir jamais eu d'accidents vénériens.

Le 29 mai 1841, il fut pris subitement, sur la voie publique, d'une violente agitation maniaque, et, le 1^{er} juin, il fut conduit à Bicêtre ; il en sortit le 1^{er} juillet de la même année.

Fouilloud était entré dans le service de M. Leuret, qui, dans le certificat d'entrée, le déclare atteint de *manie furieuse*. Pour le certificat fait à la fin de la première quinzaine, le dossier porte : 17 juin, *paralysie et démence*. (Je dois ces renseignements à l'obligeance de M. Fatou, interne de M. Leuret en 1847.)

Le malade attribue ce premier accès de folie à des chagrins domestiques.

Quand il quitta Bicêtre, sur la demande de sa femme, il n'était pas entièrement guéri, et, le 25 octobre 1843, il fut pris, en effet, d'un deuxième accès de manie ; pour la seconde fois conduit à Bicêtre, il en sortit le 27 novembre de la même année.

Les renseignements que j'ai pu recueillir, en consultant le dossier de Fouilloud, sont trop incomplets pour qu'il me soit possible de savoir quelle était la nature de son délire. Il me fit observer, néanmoins, qu'au moment de sa sortie, M. Leuret lui dit que, pendant son accès de *manie*, il se croyait prince de la Moskowa et riche à millions.

Fouilloud, depuis le premier accès d'agitation maniaque, a toujours eu la tête lourde, et les symptômes de paralysie générale ont été constamment en augmentant. Il n'a d'ailleurs jamais eu de congestion cérébrale avec perte de connaissance.

Le deuxième accès n'a fait que hâter la marche de la paralysie dont les symptômes étaient très prononcés à l'époque où je vis ce malade, en juillet 1847.

Fouilloud avait un excellent appétit; toutes ses fonctions organiques s'exécutaient à merveille.

Bien que la langue ne fût point déviée, le sillon sous-nasal, et même la commissure droite des lèvres étaient manifestement portés de ce côté.

L'embarras de la parole était extrêmement sensible. Je l'ai rarement vu aussi marqué à cette période de la maladie, même chez les paralytiques de Charenton et de la Salpêtrière; c'était un véritable *bégaiement*. Le malade prononçait deux ou trois mots très distinctement, puis il s'arrêtait tout d'un coup pendant quelques secondes sur la première syllabe d'un mot qu'il ne semblait pas pouvoir terminer. Il m'assura que ce bégaiement n'avait commencé que quatre ou cinq jours après son entrée à l'Hôtel-Dieu. Je dirai plus loin ce qu'on doit penser de ces affirmations si fréquentes des paralytiques. Quand il voulait parler, on eût dit qu'il s'appêtait à siffler. Ses lèvres étaient agitées d'un léger tremblement, il semblait faire un véritable effort, et il me dit, en effet, que, lorsqu'il parlait, *ça le gênait un peu dans la gorge*. Les mouvements de la langue étaient manifestement embarrassés. Le malade m'assura que tous ces accidents avaient été plus prononcés deux mois auparavant,

et qu'ils s'étaient amendés sous l'influence d'un médicament prescrit par M. Martin-Solon (extrait de belladone).

Les membres supérieurs, le droit surtout, avaient très peu de force ; le malade fermait difficilement la main de ce côté.

Il lui était impossible de se tenir debout ; il ne pouvait que se traîner au moyen d'une chaise ; mais il remuait encore assez bien ses jambes dans son lit.

Fouilloud allait facilement à la selle ; la miction était au contraire assez difficile. Il urinait souvent et peu à la fois, et puis, quand il avait fini, son urine tombait encore goutte à goutte pendant quelques instants.

La sensibilité générale était partout très obtuse, surtout du côté droit et aux membres ; il fallait lui enfoucer profondément une épingle dans les chairs pour qu'il s'en aperçût. La peau du côté gauche de la poitrine était la partie la plus sensible. A la face, l'anesthésie était presque complète ; les muqueuses buccale et nasale étaient également à peu près insensibles.

La vue était très affaiblie des deux côtés ; Fouilloud voyait cependant un peu mieux de l'œil gauche.

Il n'avait plus de sensations olfactives ; le goût était peut-être moins obtus ; le tact était assez bien conservé du côté gauche ; il pouvait encore reconnaître une pièce de cinq francs.

Il était un peu sourd, surtout de l'oreille droite.

La mémoire était très affaiblie, principalement pour les faits les plus récents ; le malade oubliait en parcourant le *verso* d'une page ce qu'il venait de lire au *recto*.

Son sommeil était souvent troublé par des rêves ; il avait parfois des illusions ; quand il fixait, par exemple, certains objets, il les voyait se transformer en êtres humains, en jambes, en bras ; il n'y avait pas d'ailleurs chez lui d'agitation ; il bâtissait encore parfois des châteaux en Espagne, mais il abandonnait facilement ses idées ambitieuses.

Depuis plusieurs années, l'état physique de Fouilloud n'avait presque subi aucune modification.

Il y avait trois ans environ qu'il n'avait plus aucune sensation voluptueuse; la disparition de ses facultés génitales avait été presque instantanée, et, depuis cette époque, son pénis était aussi insensible qu'un morceau de bois.

§ I. La prédisposition héréditaire est ici trop manifeste pour que j'aie besoin d'insister sur ce point.

§ II. Évidemment, dans l'observation que je viens de rapporter, la paralysie générale existait avant le premier accès d'agitation maniaque pour lequel le malade fut conduit à Bicêtre. M. Leuret l'a déclaré, en effet, *dément paralytique*, quinze jours après son entrée. Or, la démence chronique ne succède jamais aussi rapidement à un premier accès de manie. Il s'agit donc tout simplement ici d'une de ces congestions cérébrales si communes dans le prodrome comme dans le cours de la paralysie générale.

§ III. A la page 495 de son *Traité des maladies du cerveau et des membranes*, M. Bayle dit : « La méningite chronique » (paralysie générale progressive) débute par un état de monomanie ambitieuse et par une exaltation plus ou moins grande » qui, réunies à quelques traces de paralysie générale et incomplète, caractérisent essentiellement cette période (la première). » C'est là, en effet, ce qui eut lieu probablement chez Fouilloud. Mais ces symptômes de paralysie que M. Bayle signale comme se montrant en même temps que l'excitation maniaque, précèdent évidemment les désordres intellectuels, puisqu'il admet, avant cette première phase de la maladie, une période prodromique dont le principal phénomène est, de son aveu même, un léger embarras de la langue, caractérisé par de l'hésitation et de la lenteur dans la prononciation (p. 493).

§ IV. Quand les paralytiques sont animés, l'embarras de la parole disparaît parfois presque complètement. C'est probablement pour cette raison qu'on méconnaît si souvent la paralysie générale chez des individus qui en sont affectés depuis quelque

temps, lorsqu'on les examine pendant la période d'excitation maniaque qui survient si fréquemment dans le cours de cette maladie.

§ V. Quand on interroge des individus que l'on sait ou que l'on suppose atteints de *paralysie générale progressive*, il ne faut pas toujours ajouter foi à leurs réponses. Certains paralytiques affirment avec bonne foi qu'ils ont ou n'ont pas éprouvé tel ou tel accident, et l'on est bien étonné plus tard de voir qu'ils vous ont involontairement induit en erreur. Fouilloud, par exemple, m'assura, qu'avant son entrée à l'hôpital, il n'avait point d'embarras de la parole, et j'ai acquis la certitude que ce symptôme existait au moment de son arrivée et était même déjà assez prononcé.

§ VI. J'ai parlé plus haut des lésions de la sensibilité de la peau dans la paralysie générale (§ IV, obs. VIII), et j'ai dit combien de variétés présentait ce symptôme. Les muqueuses, à une certaine époque de la maladie, rarement avant la fin de la deuxième période, offrent aussi, dans certains cas, une anesthésie manifeste. Je dois dire cependant que, parfois aussi, même dans la troisième période de la maladie, elles ont à peu près conservé toute leur sensibilité. Je n'ai rien trouvé, sur cette question, dans les différents ouvrages que j'ai parcourus.

§ VII. On rencontre chez certains paralytiques des illusions des sens et de la vue en particulier. Les illusions sont souvent le résultat d'un faux jugement. Ne peuvent-elles donc alors dépendre de la faiblesse intellectuelle, de la démence ?

A ces observations qui me sont propres, et qu'il m'eût été facile de multiplier, je pourrais ajouter un grand nombre de faits consignés dans les auteurs; mais je réserve l'examen de ces observations pour la deuxième partie de mon mémoire.

TROISIÈME SÉRIE.

Observations dans lesquelles la paralysie générale a été ou semble avoir été précédée de manie ou de monomanie, transformée ou non plus tard en démence.

La *paralysie générale progressive* est quelquefois précédée d'une aliénation mentale, dont elle est regardée alors comme une complication ou une terminaison. Je crois qu'il serait plus juste de considérer la folie comme une cause prédisposante de la paralysie, dont la marche est d'ailleurs le plus souvent tout à fait indépendante de l'aliénation mentale qui l'a précédée. La démence, qui vient se joindre plus tard aux autres symptômes de la paralysie, n'est pas toujours en effet, comme on l'a dit, une terminaison de l'affection mentale aiguë survenue avant la paralysie progressive. Elle manque même quelquefois alors au début de cette dernière maladie. Je dois dire cependant que l'absence de la démence, dans les cas de cette nature, est plus rare au début de la paralysie que dans ceux où cette affection n'a point été précédée d'aliénation mentale.

Les observations de cette nature sont beaucoup plus rares dans les hôpitaux ordinaires que celles des deux premières séries; elles sont au contraire extrêmement communes dans les hospices d'aliénés. J'en ai cependant recueilli plusieurs à l'hôpital Necker; je n'en rapporterai qu'une seule.

OBSERVATION XI.

Chute sur la tête; affection cérébrale aiguë, puis paralysie progressive à marche lente; lésions de la motilité et de la sensibilité; absence de lésion des facultés intellectuelles.

Rafard (J.-J.), âgé de cinquante ans, menuisier, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution assez forte, est entré le 18 août 1845, à l'hôpital Necker, dans le service de M. Bricheteau.

Sa mère, à l'âge de soixante-douze ans environ, a eu pendant

quatre ans des accès convulsifs que, d'après les renseignements que j'ai recueillis, je présume être des attaques d'épilepsie. Un de ses oncles maternels est mort gouteux, et une de ses tantes hydriopique.

Rafard m'assure n'avoir jamais eu ni affection vénérienne, ni aucune maladie grave. Il paraît d'un caractère assez doux, et me dit n'être point adonné à la boisson.

Au mois de janvier 1838, Rafard tomba d'une hauteur de huit à dix pieds. La partie postérieure de la tête porta plus particulièrement sur le sol. Transporté à l'Hôtel-Dieu, il y resta dix jours, et fut envoyé, le 30 avril 1838, à l'hospice de Bicêtre, où il fut déclaré atteint de *manie chronique* (dit le dossier); il en sortit, le 10 septembre suivant, assez bien portant. On lui avait appliqué un séton à la nuque et un vésicatoire sur la partie antéro-supérieure du cuir chevelu. Son état, à l'époque de sa sortie de Bicêtre, était, me dit-il, à peu près le même qu'aujourd'hui. Depuis lors il a passé quelques semaines à la Pitié et à l'hôpital Cochin, toujours pour la même maladie.

Le jour où je l'examinai, le 28 septembre 1845, il était dans l'état suivant :

Les fonctions organiques s'exécutent parfaitement. Il a surtout un excellent appétit.

La vue est un peu troublée. Le malade voit les objets plus gros de l'œil droit que de l'œil gauche.

La finesse du goût est sensiblement diminuée; Rafard trouve ses boissons très faibles, ses aliments trop peu épicés.

Les autres sens ne présentent rien de particulier.

La prononciation est embarrassée, et cet embarras, qui date de son séjour à Bicêtre, a toujours été en augmentant depuis cette époque. Quand il parle, il lui semble que sa langue remue moins bien qu'autrefois. Cet embarras de la langue est sans contredit plus prononcé aujourd'hui que lors de son entrée à l'hôpital.

Quand il parle, on peut remarquer une espèce de tremble-

ment vermiculaire des lèvres. On observe aussi un peu de tremblement de la langue, dont la pointe est légèrement déviée à gauche.

Il existe également un léger tremblement de la tête et un mouvement vermiculaire presque imperceptible des muscles de la face.

Constriction assez faible des mains, et particulièrement de la main gauche.

La même différence de force existe pour les membres inférieurs. Rafard marche lentement, en traînant ses membres et en tombant d'un pied sur l'autre. Sa démarche est assez semblable à celle d'un homme ivre. Il me dit lui-même que cette lésion de locomotion semble aller toujours en augmentant.

Parfois tout le corps du malade est pris de légers tremblements, et cela particulièrement quand il est depuis quelque temps dans la station verticale.

La sensibilité générale est notablement émoussée dans toute l'étendue de l'enveloppe cutanée; elle est presque nulle aux membres du côté gauche.

Rafard accuse une douleur profonde, vague, contusive à la région fronto-pariétale, et dans une étendue de huit à dix centimètres. Cette douleur, qui a toujours été en augmentant, s'exaspère au moindre mouvement du malade et l'empêche souvent de dormir.

Je n'ai rien remarqué de particulier du côté des facultés intellectuelles et affectives. Rafard n'a point de délire ambitieux; il ne demande qu'à être placé comme incurable à Bicêtre.

Son sommeil est habituellement assez court, et souvent troublé par des rêves qui n'offrent d'ailleurs rien de spécial. Il n'a ni illusions ni hallucinations.

Depuis son entrée, on a donné à ce malade des préparations opiacées, puis de la brucine; tout cela sans succès aucun. La maladie fit au contraire des progrès lents, mais incessants. La seule amélioration que nous ayons observée est la diminution de la céphalalgie fronto-pariétale.

Le 16 octobre 1845, Rafard, déclaré incurable, fut transféré à Bicêtre. Il en sortit une seconde fois, sur la demande de sa femme, le 23 juin 1846; il n'y est pas rentré depuis cette époque.

§ I. Bien que j'aie rapporté cette observation comme un cas de paralysie générale survenue à la suite d'un accès d'aliénation mentale, je suis presque certain; d'après les renseignements que j'ai recueillis sur ce malade, que la paralysie a débuté avant ou tout au moins en même temps que l'accès de manie du mois de janvier 1838. Le malade m'a dit, en effet, qu'il était sorti de Bicêtre incomplètement guéri, et que son état était alors à peu près le même qu'il est aujourd'hui, que sa prononciation était embarrassée, et sa démarche mal assurée, etc.

§ II. Il ne faut pas s'étonner d'ailleurs de la lenteur avec laquelle la paralysie a marché depuis 1838. La durée moyenne de cette maladie est, sans contredit, bien plus grande que ne le disent la plupart des auteurs qui, ayant observé dans des établissements d'aliénés, ne font ordinairement dater le commencement de la maladie que de l'accès de folie qui a amené la séquestration. Il n'est pas rare de voir la vie de quelques paralytiques se prolonger pendant quatre, cinq, six, dix et douze ans.

§ III. L'observation précédente nous offre un exemple d'absence de l'affaiblissement intellectuel, dans un cas où la paralysie générale avait été précédée ou tout au moins compliquée d'un accès de manie. C'est là, je crois, un fait important à noter.

§ IV. La paralysie des organes des sens ne se rencontre guère que dans les seconde et troisième périodes de la maladie. J'ai eu surtout l'occasion d'observer l'affaiblissement de la vue et de l'ouïe.

§ V. Les auteurs qui ont écrit sur la paralysie générale n'ont point, que je sache, signalé l'existence, dans cette maladie, d'un symptôme que j'ai rencontré assez souvent, je veux parler d'une céphalalgie profonde, vague, contusive, qui parfois

empêche les malades de dormir. Je crois ce symptôme assez fréquent.

Les faits de la même nature que celui que je viens de relater sont très communs dans les hospices d'aliénés. Dans la deuxième partie de mon mémoire, je dirai quelques mots des observations nombreuses rapportées par les auteurs.

Les observations qui précèdent, et dont la plupart ont été recueillies dans un des plus petits hôpitaux de Paris et dans un très court espace de temps, établissent d'une manière incontestable :

1° Qu'il existe, en dehors des asiles d'aliénés, un assez grand nombre d'individus affectés d'une maladie en tout semblable à la *paralysie générale* dite des *aliénés*.

2° Que cette *paralysie générale progressive* peut survenir sans avoir été précédée d'aliénation mentale, et que dans sa première période elle existe même le plus souvent sans altération aucune des facultés intellectuelles.

A l'époque où j'avais sous les yeux, à l'hôpital Necker, les cinq ou six malades qui font le sujet des observations précédentes, je fus étonné de lire dans un journal un article dans lequel M. Brierre de Boismont assurait que, depuis plus de vingt ans qu'il faisait des recherches à ce sujet dans les hôpitaux de Paris, « il n'avait jamais rencontré de cas qui pût être comparé à l'affection des aliénés paralytiques, à moins qu'il ne se fût égaré (1). » M. Brierre voulut bien accepter l'invitation que je lui fis de venir visiter nos malades (2), et bientôt, reconnaissant

(1) *Quelques remarques sur la paralysie générale des aliénés.* (*Gazette médicale de Paris*, numéro du 22 mai 1847.)

(2) Il ne faudrait pas croire, du reste, que les paralytiques sont aussi nombreux dans tous les hôpitaux de Paris. Il y a et il devait y avoir sous ce rapport de grandes différences entre les hôpitaux du centre, où

qu'il avait émis une opinion trop exclusive, il s'empessa de publier lui-même quelques uns des faits qui avaient dû modifier sa manière de voir (1).

Des observations que j'ai rapportées et des considérations qu'elles m'ont suggérées, il me semble résulter que l'on peut admettre la *paralysie générale progressive*, non point comme un symptôme ou une complication d'autres maladies, mais comme une individualité nosologique parfaitement constituée. Dans la troisième et dernière partie de mon mémoire, j'essaierai de déterminer à quelle modification encéphalique correspond cet ensemble symptomatique si nettement défini.

(La fin au prochain numéro.)

l'on reçoit surtout des maladies aiguës ou bien nettement caractérisées, et les hôpitaux excentriques, où, quand le nombre des lits est suffisant, on admet beaucoup de maladies chroniques, et de ces affections dont, au premier abord, on ne reconnaît pas trop la nature; ce qui n'empêche pas qu'on rencontre parfois des paralytiques à l'Hôtel-Dieu ou à la Charité.

Voici, du reste, ce qu'il advient plus tard de ces malades. Admis généralement avec difficulté dans les hôpitaux, où l'on méconnaît assez souvent la paralysie générale encore au début, ils y restent des semaines, des mois entiers, parce que leur état ne fait que s'aggraver; puis, dès qu'ils donnent des signes de démence, on les fait passer à la Salpêtrière ou à Bicêtre, où il doit être fort rare, par conséquent, de voir des paralytiques sans aliénation mentale. Car, comme l'a parfaitement indiqué M. Legal-Lassale dans sa thèse, autant il est rare et exceptionnel de voir la paralysie se développer chez des individus placés depuis longtemps dans les asiles d'aliénés, autant cette maladie est fréquente dans la partie flottante de la population de ces établissements.

(1) *De la paralysie générale sans aliénation.* (*Gazette médicale de Paris*, numéro du 2 octobre 1847.)

DU
TRAITEMENT DE L'ALIÉNATION MENTALE
DANS LES ASILES D'ANGLETERRE,

D'APRÈS LA DERNIÈRE ENQUÊTE FAITE PAR LA COMMISSION
DES ALIÉNÉS.

(Extrait du rapport de cette commission présenté au lord chancelier.)

TRADUIT DE L'ANGLAIS

PAR M. A. BERLIÉ,

Interne des hôpitaux (1).

Du traitement de la manie.

1° Des émissions sanguines comme remèdes dans la manie.

Parmi les questions que nous avons dû chercher à éclaircir, se trouve au premier rang celle des émissions sanguines, locales et générales, dans le traitement de la manie (2).

Saignées générales. — Les médecins qui ont répondu à nos demandes sont presque unanimes pour condamner la pratique de la saignée générale dans les cas de manie ordinaires. Le docteur Sutherland dit qu'il ne l'emploie presque jamais, parce

(1) La commission avait demandé aux médecins des différents asiles des documents précis sur le traitement employé par eux. C'est d'après ces documents qu'a été fait le résumé que nous publions en entier, et qui forme la quatrième partie du rapport de la commission.

(2) Il est bien connu des médecins que la saignée était autrefois regardée comme un des remèdes les plus importants dans le traitement de la folie, et que, dans les cas de manie avec grande excitation, elle passait pour le remède principal. A Bethlem et dans d'autres asiles publics, les malades étaient saignés à des périodes fixes.

qu'à la période aiguë de la maladie succède ordinairement une grande prostration des forces qui, épuisées par des paroxismes répétés, sont encore diminuées par la perte de sang. Il ajoute qu'il a observé des exemples de mort par épuisement, et, dans d'autres cas, qu'il a vu survenir la démence sans qu'on puisse attribuer ces fâcheux accidents à autre chose qu'à la saignée. Il considère les violents paroxismes de la période d'acuité de la manie, comme produits, non par une inflammation déclarée, mais par une simple irritation du cerveau. Pour lui, la congestion artérielle, que l'autopsie révèle dans ces cas, n'est pas le résultat de l'inflammation. M. Gaskell, médecin en chef de l'asile de Lancaster, dit que la saignée n'est presque jamais employée dans cet établissement, et qu'il est même rare que l'on ait recours à la saignée locale. Le docteur Thurnam, le docteur Corsellis, le docteur Poynder (qui a été pendant de longues années médecin en chef de l'asile d'aliénés du comté de Kent), sir Alexandre Morison, le docteur T.-O. Prichard, dernièrement encore médecin de l'asile de Northampton, le docteur Wintle, le docteur Button, le docteur Kirkman, qui tous ont une longue expérience, sont d'accord sur ce point, que la saignée générale ne produit que de mauvais effets dans la manie. M. Phillips déclare que, dans cette forme d'affection cérébrale, la saignée, soit générale, soit locale, est décidément nuisible. Il observe que, dans ces cas, le pouls est fréquent et petit, et que ses caractères sont de nature à dénoter l'absence de tout élément inflammatoire. Dans ces derniers temps, cette opinion a rallié tous les médecins des *maisons autorisées*, aussi bien de celles qui admettent des indigents et contiennent un grand nombre de malades, que de celles qui sont exclusivement réservées à des particuliers. Parmi les premiers, on remarque M. Casson, M. Iles, le docteur Mackintosh, le docteur Gilliland, le docteur Finch de Laverstock et le docteur W. Finch de l'asile de Fisherton. Les médecins mêmes, qui sont partisans de la saignée générale dans quelques cas d'aliénation et dans des circon-

stances particulières, ne se prononcent pas moins fortement contre elle, comme remède ordinaire dans la manie.

L'opinion du docteur Fox de la maison de Brislington, est à peu près la même. « Nous avons rarement vu, dit-il, tirer quel-
» que bénéfice de la saignée générale dans la manie. Avant leur
» admission, beaucoup de nos malades ont déjà subi un traitement
» médical, et nous avons souvent eu des raisons de supposer que
» les saignées générales auxquelles ils avaient été soumis en
» ville leur avaient été préjudiciables, et que, dans quelques
» cas, elles ont amené un état de folie permanent. » Ces obser-
vations sont d'accord avec celles qui ont été communiquées par
les médecins de l'hôpital Saint-Thomas, à Exeter (les docteurs
Millar et Shapter); ils remarquent que la saignée générale n'est
que rarement, pour ne pas dire jamais, employée dans cet hô-
pital, et que l'observation des cas où elle avait été pratiquée en
ville avant l'admission, montre qu'elle est tout à fait nuisible en
brisant la constitution, et en conduisant le malade à une sorte
de manie chronique très susceptible de dégénérer en démence.
M. Prosser dit que, dans les cas de manie aiguë, il a rarement
mis en usage la saignée générale, et que ces cas sont ordinaire-
ment aggravés par le traitement antiphlogistique. Il pense ce-
pendant que, dans quelques cas chroniques, la phlébotomie a
été mieux supportée, et a quelquefois amené une guérison par-
tielle.

Le docteur Wilkes s'est prononcé d'une manière très nette
sur ce sujet. Selon lui, non seulement il n'existe aucune preuve
qu'on ait obtenu du soulagement de ce remède populaire chez
les malades amenés à l'asile dont il est médecin, mais encore
ses funestes effets ont été si souvent observés et d'une manière
si décisive, que, dans le cas de manie simple sans complication
inflammatoire, on ne saurait trop fortement la rejeter. Les
dangers à redouter sont surtout l'épuisement qui peut devenir
fatal, ou un état d'imbécillité incurable.

On n'a recours à la saignée générale que dans quelques cas

particuliers. Le docteur Tyerman dit que ce moyen a été rarement mis en usage, mais qu'il est cependant employé avec succès, dans les cas où la pléthore est évidente et fait craindre l'apoplexie, et quand il y a un état de congestion du cœur et des gros vaisseaux. Le docteur Bryan observe que, dans l'asile d'Hoxton, des émissions sanguines ont été pratiquées avec le plus grand succès dans des cas où la pléthore vasculaire existait à un haut degré. Dernièrement, les docteurs Fox nous ont fait savoir que la saignée générale n'est employée par eux, que dans les cas où l'état physique du malade fait appréhender l'apoplexie, mais jamais dans le but de calmer un paroxysme d'excitation.

Saignées locales.—Les saignées locales, même au moyen des sangsues, sont condamnées par des médecins d'une expérience longue et étendue. M. Philips, de la maison de Bethnal, et le docteur Wintle, disent qu'elles sont décidément nuisibles; il y a pourtant en faveur de ce remède une opinion généralement répandue. Les docteurs Fox, de la maison de Brislington, déclarent, que dans beaucoup de formes d'aliénation, ils trouvent du bénéfice à pratiquer des saignées locales à la tête ou à la nuque. Le docteur Thurnam dit que, dans les cas de manie récente accompagnée de symptômes de congestion cérébrale, il a souvent eu recours à l'application, sur la tête, de sangsues ou de ventouses scarifiées, plutôt de sangsues, et cela avec un avantage ordinairement bien marqué. Une opinion analogue, sur l'utilité des saignées locales faites au moyen des sangsues et quelquefois des ventouses scarifiées, a été formulée par le docteur Corsellis, M. Poynder, le docteur Button, sir A. Morison, le docteur T.-O. Pricbard, le docteur Anderson, les docteurs Finch, Bryan, MM. Iles, Casson, Stilwell, Malam, et plusieurs autres. M. Smith d'Hadham recommande même, dans certains cas, d'ouvrir une branche de l'artère temporale. Le docteur Tyerman dit que des saignées locales à la tête ou à la nuque, dans les états congestifs ou sub-inflammatoires de l'encéphale, et aux cuisses dans l'aménorrhée, ont produit de bons effets; il ajoute cependant que,

daus des cas où il y avait immuence de paralysie, le sang tiré par les ventouses scarifiées s'est trouvé pauvre, et contenait une moindre proportion de fibrine que dans l'état normal.

M. Prosser mentionne la saignée locale parmi les remèdes indiqués dans la manie ; mais il accompagne cette pratique d'autres moyens calculés pour obvier à ses propriétés débilitantes. « Les remèdes, dit-il, les plus employés dans l'asile de Leicester pour les cas de manie, sont : les saignées locales, les contro- » stimulants, les antimoniaux, la jusquiame, les purgatifs » par la bouche ou par le rectum, les anodins, les affusions » froides, l'application de la glace, les bains chauds, la séques- » tration, un régime abondant, mais réglé avec soin ; on sur- » veille en même temps avec une attention particulière l'état » des intestins. »

M. Wilkes dit que, dans les cas de manie bien caractérisée, quel que soit le degré d'excitation, la saignée générale n'est jamais employée. L'irritation cérébrale est souvent soulagée matériellement par des saignées locales, calculées pour ne pas abattre sensiblement les forces du malade. Dans ce but les sangsues aux tempes ou derrière les oreilles, les ventouses scarifiées sur ces mêmes parties ou à la nuque, sont les moyens les plus fréquemment employés ; mais il faut ne pas perdre de vue dans leur usage l'état de la circulation et la constitution du malade.

M. Metcalfe, d'accord en cela avec M. Simpson, médecin de l'hôpital d'aliénés d'York, recommande, dans la forme aiguë de la manie, de raser la tête, d'appliquer des sangsues aux tempes, de l'eau froide, et des lotions facilement évaporables sur le cuir chevelu, le tartre stibié à hautes doses, un régime antiphlogistique sévère, et la séquestration dans un lieu obscur. Quand l'excitation est calmée, ou quand ces moyens ont été employés plusieurs jours, les opiacés à haute dose ont quelquefois d'heureux résultats ; mais si ces résultats n'apparaissent pas de suite, il faut se hâter d'y renoncer. On y joint les exercices en plein air, quand l'état du malade le permet.

2^e De l'emploi des émétiques et des purgatifs dans la manie.

L'usage de médicaments purgatifs dans la manie aiguë est recommandé par presque tous les médecins des asiles d'aliénés. Il paraît que les émétiques, qui étaient autrefois regardés comme des remèdes presque toujours applicables au traitement de l'aliénation mentale (1), sont généralement rejetés et employés seulement quand les symptômes indiquent un état pathologique de l'estomac.

Le docteur Wintle observe que les émétiques et les purgatifs, et surtout ces derniers, sont d'un fréquent usage quand les aliénés ont des propensions à la constipation. « Je crains, » ajoute-t-il, qu'on ne les néglige trop souvent dans ce cas particulier : j'ai un malade déjà avancé en âge et membre du clergé, qui a une hernie du côté droit, et qui l'attribue aux efforts violents de défécation qu'a nécessités l'état de ses intestins. » — « Les antimoniaux, à moins qu'on ne les emploie conjointement avec les narcotiques, sont nuisibles; ils jettent le malade dans un grand état de malaise et augmentent la débilité. »

M. Casson dit qu'il ne fait jamais usage des émétiques; il ne les a jamais vus produire de bons effets; et dans quelques cas, ils les a vus décidément nuisibles. « Les purgatifs, ajoute-t-il, sont très utiles dans tous les cas d'aliénation mentale. J'a reconnu l'utilité des antimoniaux dans plusieurs cas de manie violente, chez des malades récemment atteints; mais quand la marche est chronique, ils sont nuisibles, particulièrement quand on les donne à doses nauséuses dans le but de supprimer un paroxysme violent. » Sir Alexandre Morison, les docteurs Monro, Bryan, Kirman, Button, Sutherland et M. Watson, sont à peu près du même avis sur l'usage des purgatifs.

(1) On avait l'habitude à l'hospice de Bethlem d'administrer périodiquement des émétiques aux malades.

Le docteur Tyerman pense que les laxatifs doux sont préférables aux cathartiques violents; mais l'opinion contraire paraît être la plus généralement répandue. Le docteur Sutherland, le docteur Bryan et M. Watson recommandent spécialement l'huile de croton comme préférable à tous les autres cathartiques. Plusieurs praticiens emploient le calomel, la coloquinte, le séné et les sels neutres.

Les émétiques ont été recommandés dernièrement dans les cas de mélancolie et de démence commençante, plutôt que dans la manie; mais plusieurs praticiens pensent se trouver bien des antimoniaux donnés de manière à produire des nausées et à diminuer l'excitation: pour eux, ces remèdes ne seraient contre-indiqués que dans les cas d'épuisement et de débilité.

3° De l'usage de l'opium et des autres narcotiques dans la manie.

On pensait généralement autrefois que l'opium et les autres narcotiques étaient nuisibles dans toutes les maladies du cerveau, et sous l'influence de cette opinion, ces médicaments furent rarement donnés, même dans les cas de folie. Beaucoup de médecins les plus expérimentés considèrent maintenant cette manière de voir comme un préjugé. L'opium, et certaines de ses préparations, est regardé comme un des médicaments les plus efficaces dans plusieurs formes d'aliénation mentale, et spécialement dans les cas d'excitation maniaque accompagnée de symptômes très violents.

M. Philips, de la maison de Bethnal, voit dans l'opium un des remèdes les plus importants contre la manie avec grande excitation. Il préfère aux autres préparations la solution sédative de Battley, ou l'extrait aqueux d'opium.

M. Beverly dit que les opiacés sont généralement utiles pour les malades qui sont dans un état violent d'excitation. Il se sert spécialement de la morphine à hautes doses.

Suivant l'expérience du docteur Al. Sutherland, l'opium rend de grands services, surtout dans ces cas d'aliénation, qui ont de l'analogie avec le *delirium tremens*, dans la manie puerpérale, dans la période aiguë, dans les paroxysmes de la manie, et quand, par suite de cette maladie, il y a insomnie complète, dans les cas où la pauvreté du sang produit une grande excitabilité nerveuse, enfin lorsqu'il y a cachexie amenée par l'abstention d'aliments ou toute autre cause. Dans des états opposés de l'organisme, où il existe de la congestion cérébrale et des symptômes qui font craindre la paralysie générale, le docteur Sutherland pense que l'usage de ces remèdes est contre-indiqué. Il dit plus loin que, depuis son entrée à l'hôpital Saint-Luc, il a l'habitude de prescrire l'acétate de morphine en solution dans l'eau distillée; dans la pratique privée, il ajoute souvent de l'acide acétique. Il donne le chlorhydrate de morphine combiné avec l'acide chlorhydrique affaibli. Le docteur Sutherland a vu le méconiate de morphine rendre de grands services dans des cas où les deux autres préparations déjà mentionnées n'étaient pas bien supportées par le malade.

Le docteur Wintle dit avoir eu de grands succès dans des cas de manie par l'emploi de la jusquiame et de l'opium; il préfère ce dernier, à moins que l'idiosyncrasie ne le contre-indique. « Je crois, dit-il, qu'il est à regretter que cette classe de médicaments ait été négligée dans le traitement de la folie, et » j'attribue à l'indécision et à la timidité les succès que l'on a » eu à déplorer dans son emploi; je pense que les narcotiques, » employés largement comme on le fait dans le *delirium tre-* » » mens, manqueront rarement leur effet dans les cas curables. » L'opium et la jusquiame, judicieusement combinés, sont le » remède par excellence, si on les donne à dose suffisamment » élevée, et si on surveille attentivement leurs effets. La forme » sous laquelle on les donne et les doses dépendent des » symptômes observés dans chaque cas particulier; seulement » il faut les continuer, et augmenter graduellement la dose jus-

« qu'à ce qu'on voie le sommeil survenir et l'excitation se cal-
 » mer. Il est généralement convenable de combiner l'opium
 » avec un sel, mais souvent on ne peut qu'avec peine décider
 » les malades à prendre des médecines. Je donne alors l'opium
 » dans du porter ou de la bière. La jusquiame peut aussi se
 » donner dans les mêmes véhicules ou dans du café, et rarement
 » les malades découvrent sa présence. Ils s'aperçoivent de l'in-
 » fluence bienfaisante de ces remèdes. » — Le docteur Wintle
 s'exprime ainsi : « J'avais chez moi un ministre, qui était telle-
 » ment pénétré du pouvoir qu'à l'opium de modérer l'excita-
 » tion, que, quand il quitta l'asile de Warneford, il garda chez lui
 » une unixture opiacée : il en faisait usage, quand il se sentait
 » irritable, quand il commençait à ne plus être maître de lui,
 » et c'était généralement avec succès. J'ai employé ces remèdes
 » sur un grande échelle, pendant une période de vingt années,
 » et je n'ai jamais constaté aucun résultat fâcheux. Les malades
 » éprouvent fréquemment du malaise le matin, après avoir pris
 » des liquides chauds, mais cela est plutôt salutaire que nui-
 » sible. »

Le docteur Thurnam énonce son opinion en ces termes :
 « Dans un grand nombre de cas, et surtout dans ceux qui ont
 » un certain degré de chronicité, l'excitation maniaque a cédé
 » aux préparations d'opium, et particulièrement à l'acétate de
 » morphine, ou à la poudre de Dower à haute dose ; sous leur
 » influence, le malade reste pendant quelque temps dans un état
 » de calme. »

M. Casson dit qu'il a vu les opiacés ou les remèdes anodins
 produire beaucoup de soulagement dans des cas de manie avec
 grande excitation, où le traitement déplétif n'avait pu produire
 le sommeil. Il les a vus aussi particulièrement utiles dans des
 cas de mélancolie, et dans d'autres circonstances où une grande
 excitation du système paraissait jointe à une diminution des
 forces.

M. Holland dit que l'opium et la jusquiame sont des remèdes

sans lesquels il se trouverait désarmé , quoiqu'il ne les emploie qu'avec une grande prudence.

Suivant M. Poynder, les sédatifs (soit seuls , soit combinés avec les stimulants) , tels que la teinture d'opium ou de jusquiame , les préparations de morphine avec l'éther sulfurique , calmeront souvent l'agitation et amèneront du repos , spécialement quand on donnera en même temps au malade un régime substantiel et qu'on lui fera boire du porter.

M. Watson dit qu'après avoir soulagé la congestion par les apéritifs (l'huile de crotôn , etc.) et l'application du froid sur la tête , il administre l'opium à haute dose combiné avec les antimoniaux. Il n'a eu que des désappointements dans l'essai des autres narcotiques , tels que la belladone , la jusquiame et la ciguë.

M. Paul s'exprime ainsi : « Les sédatifs sont une classe de » médicaments auxquels nous devons beaucoup de succès , particulièrement après l'emploi des laxatifs , quand il n'y a aucune tendance à la congestion ou à la paralysie : alors on se » trouve très bien des préparations de morphine , d'opium , de » jusquiame , spécialement de la première de ces substances ; mais » il faut avoir présent à l'esprit que c'est à haute dose qu'on » doit les donner , de manière à produire l'effet sédatif et non » l'effet stimulant de ces remèdes. »

Le docteur Kirkman considère les opiacés comme des remèdes d'une grande valeur.

Dans l'asile de Stafford , d'après une communication de M. Wilkes , « on se sert constamment des différents narcotiques » et des sédatifs dans le traitement des cas de manie , tant aiguë » que chronique ; et quoiqu'ils soient incertains dans leur » action , dit ce médecin , qu'il soit difficile de tracer des règles » bien précises sur la manière de les employer , somme toute , » on en tire de très grands avantages. Ils paraissent être de la » plus grande utilité dans les cas où il y a beaucoup d'excitation nerveuse , tandis qu'ils sont peu utiles et même souvent

» nuisibles quand il y a un appareil fébrile considérable, surtout
» avec accompagnement de symptômes typhoïdes et de con-
» gestion vasculaire vers la tête. Le choix du narcotique à em-
» ployer, ainsi que la dose, ne peut être déterminé que par
» l'expérience dans les différents cas. Il faut d'abord assurer la
» liberté du ventre, et ensuite prescrire l'opium brut, la tein-
» ture, la solution sédative de Battley, ou la morphine, en
» ajoutant dans quelques cas l'antimoine, l'ipécacuanha, la
» jusquiame, le camphre, ou l'éther. Dans les cas de grande
» excitation, ces remèdes à petite dose l'augmentent au lieu de
» la calmer; et il est important de les prescrire à haute dose,
» et d'entretenir l'action narcotique en répétant leur adminis-
» tration toutes les quatre ou six heures. Le chanvre indien a
» récemment été employé, dans l'asile de Stafford, et quand il
» n'est pas falsifié, c'est un remède puissant et d'une grande
» valeur. Dans plusieurs cas où je l'ai employé, il a calmé l'ex-
» citation et amené du sommeil, tandis que des doses élevées
» et fréquemment répétées d'opium et de morphine ne faisaient
» qu'ajouter à l'agitation du malade. Ses effets consécutifs pa-
» raissent aussi être moins nuisibles que ceux de l'opium; il
» ne produit pas la constipation, et souvent il remédie au trou-
» ble de la constitution. »

M. Mallam dit que les sédatifs, spécialement l'opium (il emploie surtout l'acétate de morphine), sont les remèdes les plus généralement utiles dans les différentes formes de l'aliénation mentale.

Le docteur Oliver n'emploie pas l'opium dans la première période de la manie; il préfère la teinture de jusquiame, dont il donne de six à huit grammes toutes les quatre heures pendant le jour, et de neuf à quinze grammes en une seule fois le soir. Aussitôt cependant que la violence de l'accès commence à se calmer, il n'hésite pas à employer l'opium ou quelque-une de ses préparations à haute dose. Fréquemment, même en continuant l'usage de l'antimoine, il donne de deux à quatre

grammes de teinture d'opium deux ou trois fois par jour, et de plus, au moment du coucher, une dose double de ce médicament, ou bien dix à quinze centigrammes d'hydrochlorate de morphine. Il n'a jamais rien vu survenir qui soit de nature à faire douter de l'utilité de cette pratique. Pendant l'emploi de ces remèdes, il fait la plus grande attention à ce que le ventre soit toujours bien libre. « Dans quelques circonstances, dit-il » plus loin, où l'irritation est excessive, je crois l'usage de » l'opium tout à fait indispensable, et je l'ai souvent donné à » très haute dose avant d'arriver à procurer du sommeil. »

M. Tyerman dit que les opiacés et la teinture de jusquiame sont d'une grande utilité quand l'insomnie et l'épuisement qui la suit viennent après une excitation maniaque. Il ne les croit pas indiqués pendant la période de grande agitation. Dans les cas de démence chronique, il a observé qu'ils procuraient du sommeil et faisaient cesser les symptômes alarmants.

Le docteur Bryan dit que les opiacés, la morphine, la jusquiame, la ciguë, soit seuls, soit combinés avec le camphre ou l'ammoniaque, ont donné les plus beaux résultats dans les cas où l'excitation avec insomnie a produit l'épuisement, ainsi que dans ces états de l'organisme qui ressemblent au *delirium tremens* et dans la manie puerpérale. Il s'exprime ainsi : « L'opium » a été fréquemment administré avec des résultats favorables » dans les circonstances suivantes : quand l'excitation ou l'insomnie est accompagnée d'épuisement, quand la manie se » complique d'un état du système nerveux ressemblant au *delirium tremens*, ou semble avoir sa source dans des excès » longtemps répétés. Dans la manie puerpérale, c'est aussi un » très bon remède.

« La jusquiame et la ciguë ont été ordinairement usitées » comme narcotiques, ou plutôt comme sédatifs ; elles ont été » quelquefois substituées à l'opium, et quoique moins certaines » dans leur effet, leur usage peut être plus généralement conseillé. »

Le docteur T.-O. Prichard dit que la marche qu'il suit dans le traitement de la manie est de tenir les intestins libres par des apéritifs, de calmer l'excitation par l'application du froid et par des sangsues mises à la tête si cela est nécessaire, de donner des antispasmodiques, des stimulants et des anodins. Il paraît préférer aux opiacés la teinture de jusquiame à hautes doses.

Plusieurs autres médecins d'asiles ont approuvé l'usage de l'opium, mais en termes moins positifs et moins généraux que ceux qui sont cités dans le commencement de ce résumé. Le docteur Mackintosh le croit utile dans la manie rémittente; dans la manie aiguë, il le combine avec le calomel. M. Atkins croit que l'on se trouve bien de prescrire la jusquiame dans la forme aiguë et la morphine dans la forme chronique. Il se sert aussi du chanvre indien.

Le docteur W.-C. Finch, de Fisherton, donne l'opium brut et le tartre stibié à la dose de deux à cinq grains chaque, pour calmer la violence et amener du sommeil. Il emploie aussi les fleurs de houblon.

Le docteur Bucknill, dans les cas où il y a insomnie, donne deux gros de teinture de jusquiame avec du camphre, et s'il n'obtient pas de succès, un gros de teinture d'opium avec un gros d'éther sulfurique, après la diminution des symptômes aigus (1).

Beaucoup d'autres médecins prescrivent différents narcotiques, outre l'opium, dans le cas où le manque de sommeil amène de l'épuisement. La jusquiame, la ciguë, le stramonium, la belladone, et plus récemment le chanvre indien, ont été recommandés par quelques praticiens.

(1) On a remarqué dans le rapport de l'asile de Dundee que de petites doses souvent répétées d'acétate de morphine ont souvent été utiles dans les cas de manie avec propension au suicide.

L'auteur du rapport sur l'asile de Montrose a fait les remarques suivantes :

« Dans aucune circonstance, je n'ai vu la nécessité d'un traitement

4^o *De l'usage des bains froids et chauds dans la manie.*

Les docteurs Fox attachent une grande importance à l'usage des bains froids et chauds. « Dans la manie, disent-ils, nous employons les bains froids d'immersion et d'aspersion ; nous pensons que les bains chauds, les aspersions froides sur la tête, tandis que les pieds du malade sont plongés dans l'eau chaude, sont plus applicables à la mélaucolie. »

M. Wilkes, dans son résumé de la pratique suivie à l'asile de Staffordt, s'exprime ainsi : « On regarde ici les bains chauds et les affusions comme des remèdes d'une grande importance dans le traitement de la manie. Le bain chaud paraît avoir une influence sédative dans les cas de grande excitation, et peut généralement être prescrit sans inconvénient. Les affusions tièdes ou froides, employées avec précaution, sont aussi un moyen puissant de calmer les paroxismes, et beaucoup de malades reconnaissent que ce n'est qu'à elles qu'ils doivent leur guérison. Elles paraissent très utiles dans les cas de manie avec chaleur de la tête et augmentation de l'action vasculaire, lorsqu'il ne vient pas s'y joindre un trouble général de l'organisme ou des symptômes morbides vers la poitrine ou l'abdomen. Dans cette dernière circonstance elles sont contre-indiquées ; il faut leur substituer le bain chaud. »

Les lotions froides, la glace et les affusions froides sur la tête, sont toujours employées chaque fois que la chaleur de la

« dépletif, tandis qu'un traitement tonique était presque toujours indiqué. Dans les cas de manie que j'ai eue à observer, et où il y avait une grande excitation, un traitement à la fois narcotique et stimulant m'a paru mieux que tout autre remplir les indications. Entre autres remèdes, on employa le camphre, la jusquiame et les différentes préparations d'opium. Dans un cas où l'insomnie dura quatorze jours, et résista à tous les agents ordinairement conseillés, le sommeil fut obtenu en faisant boire au malade une grande quantité de porter. »

tête, la suffusion sanguine des yeux et l'accroissement de l'action artérielle, indiquent la plénitude des vaisseaux cérébraux.

M. Casson trouve des avantages aux bains chauds dans toutes les formes de folie, et il a tiré aussi beaucoup d'avantages des bains d'affusion.

M. Watson dit qu'on se trouve bien du froid appliqué sur la tête, non avec des compresses imbibées, mais en tenant la tête sous un tube qui verse de l'eau froide. Le soulagement est très marqué, et souvent le malade demande à être soumis de nouveau à ce mode de traitement.

Le docteur Bryan dit que les bains sont très usités à Hoxton, autant dans un but thérapeutique que comme moyen de propreté. Le bain chaud, avec des applications froides sur la tête, est très puissant comme sédatif et comme réfrigérant, et souvent il produit un sommeil auquel succède un état plus calme du malade. Le bain d'affusion est utile quand la constitution est relâchée, quand il y a des symptômes d'hystérie, pourvu que l'état des organes intérieurs ne contre-indique pas son usage. Dans quelques circonstances pourtant (surtout quand il est froid), il paraît de nature à troubler les fonctions du foie. En prescrivant les bains, le docteur Bryan remarque judicieusement qu'il faut s'assurer, avec autant de soin que possible, de l'état des viscères thoraciques et abdominaux.

Le docteur Kirkman, tout en regardant le bain froid comme épuisant trop les forces dans quelques circonstances, dit qu'il est fréquemment utile comme tonique. Il regarde le bain chaud comme utile dans la mélancolie, surtout si on prescrit en même temps le carbonate d'ammoniaque à l'intérieur.

Le docteur Tyerman dit que les bains chauds avec affusions froides, quand elles peuvent être supportées, lui ont paru un des remèdes les plus importants dans le traitement de la folie, spécialement dans la forme aiguë. Ils tendent à rétablir l'équilibre entre le système nerveux et le système vasculaire, ainsi que les

fonctions de la peau, et amènent souvent la diminution ou la cessation des paroxysmes maniaques.

Le docteur Thurnam emploie des pédiluves chauds avec application de froid sur la tête.

Le docteur Mackintosh dit qu'il a vu une attaque temporaire d'aliénation suivre l'application du froid sur la tête, tandis que le corps était plongé dans un bain chaud ; mais, selon lui, on se trouve bien d'appliquer en même temps la chaleur aux pieds et le froid à la tête, le malade restant au lit.

M. Padley a observé que les applications froides étaient utiles quand il y avait de la chaleur à la tête, et d'autres signes d'excitation vasculaire. « Il faut avoir soin, dit-il, de couper préalablement les cheveux. On peut, dans les cas qui le comportent, » appliquer en même temps de la chaleur aux extrémités. Les » bains d'affusion sont utiles à l'approche du paroxysme ou durant la période d'excitation. »

5° *Du régime et de l'usage des stimulants.*

Les médecins d'aliénés croient presque tous que les maniaques et les mélancoliques doivent avoir un régime substantiel, nourrissant ; et beaucoup recommandent l'usage du vin, de la bière, des stimulants. Les docteurs Fox ont bien établi que ce genre de régime n'était pas moins indispensable dans les cas chroniques. Les hommes d'expérience font une exception à cette règle, en ce qui touche les paralytiques et les épileptiques.

M. Phillips dit que les aliments doivent être nutritifs, et qu'il faut avoir soin de faire manger les malades avec soin, leur genre d'excitation les poussant à prendre très peu ou pas du tout de nourriture, si ce n'est par bontades. Il est très difficile de forcer un malade à manger, et le grand nombre de personnes qu'on est obligé de réunir autour d'eux pour y parvenir augmente leur excitation.

On leur donne ordinairement du bon bœuf, du thé, de l'ar-

row-root, du porter et des œufs battus dans du lait ou de l'ale. Le danger à redouter est de voir survenir l'épuisement et le collapsus : d'où la nécessité de ménager les forces, jusqu'à ce qu'on ait pu obtenir du sommeil ; ordinairement après ce moment, les malades prennent volontiers de la nourriture.

M. Beverly est d'accord avec M. Philips sur le régime qui convient le mieux aux aliénés ; il veut pour eux une alimentation nutritive, avec du vin et d'autres stimulants.

Le docteur Kirkman dit que le régime doit toujours être très bon, et consister en viande et en porter, les solides étant meilleurs que les liquides. Il n'y a pas un médicament qui vaille une bonne nourriture.

Le docteur Bryan dit que, dans les cas chroniques avec excitation vasculaire, l'exercice modéré, la société, des distractions ou des occupations pour l'esprit, doivent venir en aide à un régime fortifiant ; il ajoute : « Dans les cas chroniques, chez les » personnes âgées, quand il y a débilité, il faut un très bon régime, du vin, des spiritueux, de la bière. En thèse générale, » excepté bien entendu dans les cas où il y a pléthore, congestion ou excitation vasculaire, le régime des aliénés doit être » léger et nutritif, et on peut donner de la bière avec un résultat » satisfaisant. »

Les observations suivantes sont du docteur Tyerman : « Dans » la période chronique de la manie un régime fortifiant et nutritif me paraît indiqué. Chez les épileptiques, chez les malades qui ont des maladies organiques des vaisseaux ou du cerveau, chez ceux surtout qui sont paralytiques, un régime » stimulant ne doit pas être mis en usage : il aurait des dangers ; » mais l'addition de la bière, du porter, du vin, au régime de » ceux qui sont portés à la débilité, comme les scrofuleux et » les gens qui se fatiguent beaucoup, me paraît désirable et » même nécessaire. »

Le docteur Oliver dit que, dans les cas de manie où l'insomnie domine, et surtout quand il y a épuisement, il ne connaît

pas de moyen plus puissant qu'un supplément de nourriture chaque soir, en y ajoutant un verre de spiritueux ou une pinte de bière. Les bains chauds, qui réussissent si bien à calmer l'irritation nerveuse, ne servent à rien dans ces cas, à moins que les principales indications mentionnées ci-dessus n'aient été remplies.

M. Prosser mentionne l'usage des excitants diffusibles, et en particulier le vin et les boissons fermentées, comme des remèdes importants dans la manie. Il a rapporté un fait concluant pour montrer l'efficacité d'un régime abondant. « En ce qui » regarde le régime, on a obtenu beaucoup de succès en substituant une nourriture bonne, abondante et variée à un régime mauvais et peu varié. C'est à cela qu'on doit en grande partie la réduction de la mortalité. Dans les vingt-cinq dernières années, la proportion des décès était de 18 sur 100 ; actuellement elle est de 8 sur 100. »

M. Beverly dit qu'une bonne nourriture, l'usage modéré du vin et d'autres stimulants, de la bière, doivent toujours être ordonnés aux malades atteints de manie aiguë, en même temps qu'on ne leur impose que le degré de contrainte que le soin de leur sûreté nécessite.

Le docteur W.-C. Finch dit qu'il faut soutenir la constitution par un régime substantiel et souvent stimulant.

Le docteur Powel recommande, chez les malades faibles, d'une mauvaise constitution, l'usage des excitants diffusibles, comme l'éther, le camphre, le musc, l'opium, le vin, l'ale, le porter.

Le docteur Simpson et M. Metcalfe disent que les purgatifs et les altérants sont utiles. Ils emploient les décoctions d'aloès, les pilules mercurielles, la coloquinte en pilules, et joignent à ces médicaments un bon régime, l'usage du vin, de la bière, des toniques et des stimulants.

(La fin au prochain numéro.)

UN MOT
SUR LES HALLUCINATIONS
DANS LA PREMIÈRE ENFANCE,

A propos d'un empoisonnement par les semences de *Datura stramonium*,

OBSERVÉ CHEZ UNE PETITE FILLE DE QUATORZE MOIS ET DEMI.

Par le D^r THORE fils,

Ancien interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique, etc.

Une petite fille, âgée de quatorze mois et demi, d'une forte constitution et d'une bonne santé, avait été, conduite par sa sœur, se promener loin de la surveillance de sa mère, avec quelques autres enfants. Ceux-ci découvrirent, au milieu d'un jardin, dans un tas de plantes, des tiges de *datura stramonium* dont les fruits étaient développés et encore verts. Ils cueillirent quelques unes de ces pommes épineuses et les rapportèrent chez eux. La petite fille en saisit une et se mit à en manger une forte portion.

Sa mère, qui ignorait tout ce qui s'était passé, lui donna le sein peu de temps après. Aussi fut-elle étonnée de la voir aussitôt vomir une partie du lait qu'elle venait de téter, et dans lequel se trouvaient des graines blanchâtres en certaine quantité. En même temps, elle remarqua de légers mouvements convulsifs dans les paupières, surtout dans la droite, et un état d'agitation qui l'effraya beaucoup. Elle recueillit à la hâte quelques semences et le fruit du *datura stramonium*, que l'enfant tenait encore à la main, et elle me fit appeler. J'arrivai immédiatement, et je constatai qu'une forte portion de la capsule avait été enlevée avec les dents, et que deux de ses loges étaient presque entièrement vides. Il n'y avait pas la moindre incertitude

sur la nature du poison et sur la quantité qui avait été ingérée.

J'examinai la petite fille qui était dans l'état suivant : poulx petit, déprimé, battant 128-132 fois par minute ; les pupilles sont dilatées largement, le regard est étonné et sans expression ; face injectée et agitation continuelle. De temps en temps les membres supérieurs et inférieurs sont agités de secousses brusques et peu étendues. La mère a surtout été frappée du changement survenu dans la vision ; son enfant semble privé de la vue, elle ne regarde aucun des objets qui l'entourent et ne fait aucune attention à ceux qui lui plaisaient et qu'elle recherchait habituellement. On lui présente une montre, ses jouets ordinaires ; ils n'attirent point son attention ; tandis qu'au contraire elle paraît à la poursuite d'objets imaginaires placés à une certaine distance d'elle et qu'elle cherche à atteindre en allongeant à chaque instant ses bras et à saisir avec la main. Elle se soulève même en s'appuyant sur les côtés de son berceau comme pour s'en rapprocher plus facilement. Elle a évidemment des hallucinations de la vue.

Après les secousses convulsives, elle tombe dans un état de stupeur pendant lequel les hallucinations ne paraissent point cesser. — Tantôt la peau est pâle, tantôt d'un rouge foncé. — Les vomissements ont cessé et il n'y a point eu de selles.

On administre, le plus vivement possible, du tartre stibié dissous dans de l'eau sucrée tiède, et en même temps un lavement de séné et de sulfate de soude.

Elle vomit au bout de peu de temps un grand nombre de semences de *datura*, et l'on ne cesse de donner le tartre stibié que lorsqu'on n'en trouve plus dans les matières vomies. Le lavement purgatif a produit peu d'effet. Le nombre des graines rejetées est de 75 à 80.

Les accidents persistent cependant ; les pupilles restent toujours très dilatées, et la vision ne paraît point s'exercer. Je lui présente une montre avec laquelle elle aime d'ordinaire beaucoup à jouer, et qu'elle recherche avec avidité ; elle n'y fait au-

jourd'hui aucune attention , et continue à agiter ses mains dans l'espace , comme à la recherche d'objets qui s'envolent ; elle s'accroche de temps en temps à tout ce qui l'entoure sans savoir ce qu'elle fait.

Toutes les quatre ou cinq minutes, elle éprouve des secousses brusques , tétaniformes , dans les membres supérieurs et inférieurs ; elle a des mouvements convulsifs dans les muscles de la face. Sa sensibilité paraît obtuse. Agitation incessante , alternatives de pâleur et de rougeur. — L'enfant ne prononce point un mot , ne jette point un cri ; n'articule aucune plainte ; elle s'agite sans raison et sans motif.

La langue est rouge et un peu sèche : le ventre est souple ; elle urine très abondamment. Il n'y a point de rougeur au pharynx : la déglutition ne paraît point douloureuse ou difficile. On fait boire un peu de suc de citron , une infusion de café. Des sinapismes sont promenés sur les extrémités inférieures. — Je prescris un bain avec affusions froides et un nouveau lavement purgatif. Tout cela put être fait pendant la nuit ; l'empoisonnement avait eu lieu dans l'après-midi.

Le lendemain, mercredi 11 octobre 1848 , je la trouve dans un état beaucoup plus satisfaisant. La veille au soir, après mon départ, on a donné un nouveau lavement purgatif à la suite duquel elle rend près de quatre-vingts grains de *datura stramonium*. Après cette évacuation , elle s'endort d'un sommeil calme et assez régulier ; elle éprouve cependant de temps en temps des secousses dans les membres. Le matin le pouls est à 88-92 , presque normal. La vue est encore incertaine ; l'enfant ne saisit les objets qu'après avoir longtemps hésité , et sans se rendre compte de la distance à laquelle ils se trouvent. Les pupilles ont repris leur diamètre ordinaire. Il n'y a plus de carphologie, plus d'agitation, pas de vomissements ; elle a tété deux fois avec plaisir. La langue est humide , nette ; la face est pâle, les urines sont abondantes et limpides. Quelques brusques secousses viennent encore agiter les membres.

On prescrit pour la journée deux nouveaux lavements purgatifs ; un bain ; limonade. Dans la journée elle a rendu, en plusieurs fois ; une quinzaine de semences , mêlées à des matières jaunes et demi-solides, ce qui porte à plus de deux cents le nombre des graines qui ont été avalées.

Le soir la petite malade est fort gaie. Sa face a repris sa coloration et son expression habituelles ; elle éprouve encore de légères secousses dans les membres supérieurs. Elle tète avec avidité et ne vomit point : le pouls est à 88. La peau est fraîche ; la vision très nette. Il n'y a plus d'hésitation pour saisir les objets ; elle prend avec plaisir ceux qu'on lui offre et elle joue avec eux , ce qu'elle n'avait point fait jusqu'à présent. Elle reconnaît bien tous ceux qui l'entourent. Ses hallucinations ont cessé.

Le 12 , elle a encore rendu quelques semences de *datura* ; elle a eu un peu d'agitation ; la vue reste bien nette. Encore quelques secousses dans les membres , comme produites par un choc électrique.

Le 13, on trouve encore quelques graines dans ses selles.

Le 14, elle a un peu de diarrhée.

Depuis cette époque son état a été très satisfaisant, et il n'est resté aucune trace des accidents qu'elle a éprouvés.

Les faits relatifs à l'empoisonnement par le *datura stramonium* , ont été recueillis en grand nombre chez les enfants , et surtout depuis l'âge de deux jusqu'à quatorze ou quinze ans. Avant cette époque de la vie , je n'en vois point noter d'exemples : c'est ce qui doit donner plus d'importance à l'observation qu'on vient de lire, et qui a pour sujet un enfant âgé de quatorze mois et demi seulement.

Nous avons été assez heureux pour obtenir sa guérison, malgré la double condition fâcheuse de l'âge et de la quantité du poison ingéré. On a le droit de s'applaudir de ce résultat quand on voit qu'un enfant de deux ans, cité par Christian, succomba

au bout de vingt-quatre heures après avoir avalé une centaine de semences de stramoine. Cela tient sans doute à l'énergie et surtout à la rapidité avec lesquelles les agents thérapeutiques ont été mis en usage. Les vomitifs et les lavements purgatifs ont été d'une incontestable efficacité ; les autres moyens , tels que les bains , les boissons acidules , le café, n'ont été employés que d'une manière accessoire.

Les symptômes les plus remarquables ont été les suivants : faiblesse et fréquence du pouls , injection de la face ; alternatives de rougeur et de décoloration de la peau, d'agitation et de stupeur ; abondance des urines ; secousses brusques et comme tétaniformes des membres supérieurs et inférieurs , mouvements convulsifs de la face ; large dilatation des pupilles. Autant qu'on en pouvait juger, l'enfant ne voyait point , car les objets les plus faits pour attirer ses regards et fixer son attention lui étaient inutilement présentés.

Ce qu'il nous importe le plus de signaler ici, c'est l'existence des hallucinations de la vue, qu'il est curieux d'observer chez un enfant si peu avancé en âge et qu'il était facile de constater par les mouvements qu'exécutait cette petite fille. Elle paraissait, en effet, sans cesse à la recherches d'objets imaginaires placés au-devant d'elle ; elle étendait les mains pour les atteindre, et s'accrochait aux bords de son berceau pour s'en approcher davantage. Nous venons de faire remarquer que la vision ne paraissait pas s'exercer au moment même où les hallucinations avaient le plus d'intensité. C'est une nouvelle preuve à l'appui de cette opinion, que l'intégrité de l'organe, auquel se rapporte l'hallucination, n'est pas du tout nécessaire pour que cette fausse sensation ait lieu. Il ne nous a point été possible de savoir si d'autres organes des sens avaient été le siège d'hallucinations, soit qu'ils n'aient point existé, soit que les moyens de les constater nous aient fait défaut.

Jusqu'à présent les médecins aliénistes ne paraissent point

s'être beaucoup occupés d'étudier les hallucinations qui se manifestent dans les premières années de l'existence. On trouve bien dans leurs écrits des exemples à partir de l'âge de sept ans ; encore sont-ils peu nombreux. Cependant elles paraissent être assez fréquentes, même avant l'époque que je viens d'indiquer, et se développer sous l'influence de causes très différentes, ainsi dans l'empoisonnement par les solanées, comme l'observation que je viens de rapporter en offre un exemple sur lequel il n'est plus nécessaire d'insister.

Il n'est point rare d'en observer dans le cours des maladies aiguës. Plusieurs fois j'ai constaté chez des enfants âgés de quatre à cinq ans, tout au plus, des hallucinations de la vue et de l'ouïe.

Une petite fille, âgée de cinq ans, à laquelle j'ai plusieurs fois donné des soins, avait une fièvre éphémère qui n'offrait rien de remarquable. Elle se réveilla tout à coup le matin en poussant des cris horribles ; elle montrait avec anxiété un coin de la chambre où elle voyait de grandes figures noires, un diable qui la menaçait du geste et de la voix. Ses yeux parfaitement ouverts ne pouvaient se détacher du point indiqué ; elle n'apercevait rien de ce qui se passait autour d'elle. Ces hallucinations durèrent près de huit à dix minutes ; elle fut fort paisible pendant toute la journée, et le soir, vers cinq heures, après un court sommeil, elle se réveilla encore brusquement en poussant des cris ; elle eut une autre hallucination de la vue : c'étaient de grandes nappes d'eau qui tombaient du plafond et des figures noires qui la menaçaient. Elles durèrent le même temps que le matin ; le lendemain elle était fort bien et il ne restait aucune trace de sa fièvre ni de ses hallucinations. Deux mois après, et tout récemment (14 février), cette même petite fille avait une bronchite accompagnée d'un peu de fièvre, lorsqu'au milieu du jour et après son sommeil, elle eut de nouvelles visions : elle croyait voir son parrain qui lui parlait et elle lui répondait ; puis, une grande bouche qui menaçait de l'avaloir, ainsi que d'autres

figures noires dont elle ne pouvait faire la description ; tout cela dure encore pendant dix minutes environ, et se dissipe pour ne plus reparaitre. Pendant tout ce temps sa physionomie exprimait le plus grand effroi, ses traits étaient décomposés, sa face pâle, la syncope imminente ; tout indiquait une véritable terreur. Cette petite fille est d'une constitution très nerveuse ; mais il n'y a point eu d'aliénés dans sa famille.

J'ai observé, à l'hospice des Enfants-Trouvés, un garçon de quatre ans et demi qui, dans le courant d'une scarlatine assez grave, a eu des hallucinations de la vue, et surtout de l'ouïe ; il entendait un bruit de cloches, des voix qui l'appelaient ; elles durèrent pendant un temps assez long. L'enfant guérit.

Il serait, je crois, facile de multiplier ces exemples, et il n'est sans doute point de praticien instruit et un peu répandu qui ne puisse en citer de semblables.

Il n'est pas non plus très rare d'observer des hallucinations au milieu de la santé la plus parfaite, chez de très jeunes enfants : elles se manifestent pendant la nuit et immédiatement après le réveil ; elles paraissent faire suite à un rêve qui continue pendant la veille. Des enfants, les yeux parfaitement ouverts, voient très distinctement auprès d'eux, et le plus souvent sur le mur, se dessiner des objets plus ou moins effrayants et qu'ils décrivent aussi bien que leur intelligence le permet.

Je puis, à ce sujet, citer un exemple recueilli chez une personne que je connais d'une manière très intime et qui, à peine âgée de trois ans et demi à quatre ans, avait pendant la nuit des hallucinations de la vue, intenses et prolongées. Cet enfant voyait se développer et grandir, sur le mur de sa chambre, des figures de l'aspect le plus fantastique et le plus varié. Elles revenaient de temps en temps et quelquefois à plusieurs reprises dans une même nuit, sans qu'on pût savoir à quoi les attribuer ; elles le jetaient dans un véritable état d'angoisse, et il faut que ces impressions aient été bien profondes, pour que cet enfant, devenu homme aujourd'hui, ait conservé le souvenir assez net

de ces hallucinations, dont il pourrait à la rigueur, et au bout de près de trente années, retrouver le dessin.

Je le répète, un appel fait aux médecins permettrait de trouver bien vite des exemples plus nombreux et plus intéressants que ceux que je viens de citer ; comme beaucoup de faits vulgaires que personne ne songe à décrire, ils passent inaperçus dans la science. C'est pourquoi il m'a paru utile d'attirer l'attention sur les hallucinations des premières années de la vie, qui doivent intéresser au moins autant les médecins étrangers aux maladies mentales que ceux qui en font l'objet spécial de leurs études.

Médecine légale.

MÉMOIRE MÉDICO-LÉGAL

SUR

UN CAS DE FOLIE HOMICIDE

MÉCONNUE PAR LES ASSISES DU VAR,

Par le **D^r AUBANEL**,

Médecin en chef de l'asile des aliénés de Marseille (1).

Le 1^{er} février 1848, les assises du département du Var ont été appelées à juger un cas de meurtre commis avec préméditation. L'inculpé a été reconnu coupable par le jury. Il a été condamné aux travaux forcés à perpétuité; et, sans l'admission de circonstances atténuantes, sa tête eût roulé sous l'échafaud.

Cet homme était-il ou non criminel? Était-ce un scélérat qu'il fallait retrancher à tout jamais de la société, ou un de ces malheureux fous, agissant dans la perpétration du meurtre sous l'influence d'une conception délirante, qui exclut toute criminalité, et qui appelle le pardon et la commisération? Non, l'accusé n'était pas criminel, je le déclare de suite avec la plus intime conviction; c'était un malheureux aliéné qu'il fallait séquestrer pour la vie dans une maison de fous, mais qui ne méritait nullement la flétrissure d'une condamnation. Je respecte le juge-

(1) La publication de ce mémoire a été retardée par suite des préoccupations politiques qui ne permettaient guère, l'année dernière, de se livrer à des travaux purement scientifiques.

ment du jury, comme décision judiciaire ; mais, tout en reconnaissant que les jurés ont agi dans cette affaire avec conscience et bonne foi, j'ai la persuasion qu'ils ont mal apprécié l'état mental de l'inculpé, et je suis obligé de regarder leur verdict comme une des plus complètes et des plus graves erreurs judiciaires que relatent les annales de la folie.

Ces erreurs étaient autrefois très communes ; on traitait les aliénés homicides à l'égal des criminels ; l'échafaud ou le bain était le sort qui les attendait. Il me semblait qu'il n'en était plus ainsi depuis longtemps ; je croyais que les saines doctrines professées par les médecins-légistes du plus haut mérite avaient pénétré partout, et que nos pauvres aliénés devaient toujours trouver grâce maintenant auprès des tribunaux. Je m'étais trompé ! Il existe encore, dans notre pays, des magistrats qui n'ont pas foi en la science des maladies mentales ; et il s'est trouvé un jury assez peu éclairé sur ce point pour méconnaître complètement un état de folie, qui, à mes yeux, ne permettait pas le moindre doute.

Démontrer jusqu'à la dernière évidence que le malheureux dont il s'agit, a été victime d'une erreur judiciaire, tel est le but de ce travail ; telle est la thèse que je vais soutenir au point de vue scientifique. Mon nom ayant retenti dans ce procès, j'ai hésité pendant quelque temps à entreprendre ce mémoire ; je craignais que, mon opinion personnelle n'ayant pas prévalu, l'on ne m'accusât de n'être mêlé, dans cette discussion, que par un sentiment d'amour-propre blessé. Mais, en réfléchissant sur les devoirs de ma position, j'ai fini par comprendre que, garder le silence dans cette circonstance, ce serait faire en quelque sorte abnégation de la vérité, et passer condamnation sur un point de doctrine basé sur l'expérience des plus grands maîtres et accepté par tous les médecins aliénistes de notre époque. J'ai pensé également, dans un double intérêt, celui de la réhabilitation de la famille du malheureux que l'on vient de jeter à tort dans les fers, celui des pauvres aliénés qui pourraient se trou-

ver un jour dans le même cas, qu'il était de mon devoir de soumettre ce fait à la publicité, et d'étudier avec soin toutes les particularités de l'affaire, pour en faire ressortir les preuves nombreuses de folie qu'elle renferme, et en faire jaillir de plus en plus la vérité qui, suivant moi, je le répète, a été entièrement méconnue par le jury.

Je repousse avec indignation, comme une imputation calomnieuse lancée sans le moindre fondement, l'intention que l'on prête si facilement aux médecins de vouloir trouver partout des signes de folie, de chercher par leurs doctrines à excuser le crime et à protéger les plus grands scélérats. Nous comprenons, mieux qu'on ne pense, nos devoirs sociaux ; nous savons que la société doit être protégée et nous voulons que la loi atteigne dans toute sa sévérité l'homme qui, dans la plénitude de son libre arbitre, est devenu coupable et criminel. Mais au terme de la loi, nous refusons à la société le droit de punir nos pauvres aliénés ; nous ne cherchons pas à réhabiliter le crime ; nous voulons seulement le triomphe de la justice et de la vérité, la réhabilitation, si je puis m'exprimer ainsi, du malheur et de la folie.

Plus versés que nos accusateurs dans la psychologie morbide de l'homme, et meilleurs appréciateurs des mobiles qui l'agissent dans ses déterminations malades, nous avons prouvé, par des études profondes et consciencieuses, qu'il existait une monomanie homicide ; que les individus qui étaient frappés de ce délire isolé ne devaient jamais être confondus avec les criminels, quoique leurs actions restassent empreintes plus ou moins d'une certaine apparence de criminalité. On méconnaissait autrefois la folie de sortilège, et les magistrats de l'époque croyaient rendre la justice en faisant périr dans les flammes les pauvres sorciers, tous fous ou idiots. Eh bien, les monomanes homicides ne sont pas plus coupables que les sorciers d'autrefois. Ce sont comme eux de malheureux insensés ; il faut les plaindre et non les punir, les séquestrer dans une maison de

fous et non les plonger dans les fers. Les magistrats qui accusent nos doctrines se trompent comme les juges d'autrefois ; ils punissent des innocents et deviennent inhumains sans s'en douter. Mais heureusement nos doctrines progressent de jour en jour ; la psychologie morbide de l'homme est mieux connue ; et, grâce à la confiance que les médecins aliénistes se sont attirée, en se livrant à des études profondes et à des travaux sérieux sur la matière, les affaires de cette nature se terminent généralement, sauf de rares exceptions, par des arrêts de non-lieu ou par l'acquittement de l'individu devant les assises.

Dans le cas d'homicide qui fait l'objet de ce mémoire, un arrêt de non-lieu était intervenu en faveur de l'accusé. La chambre de mise en accusation, comme on le verra plus loin, avait décidé, après une instruction très approfondie, qu'il n'y avait pas lieu à poursuivre l'affaire, vu l'état de démence de l'individu. Mais le parquet de Toulon, où la cause s'instruisait, fit opposition à l'arrêt ; et la cour d'appel d'Aix conclut en définitive à la comparution de l'inculpé devant les assises du Var. Cette opposition n'était nullement fondée, à mon avis, et, bien que le jury ait donné gain de cause à l'appel du chef du parquet de ce tribunal, je n'en persiste pas moins à regarder la décision de la première chambre de mise en accusation, comme la seule vraie, la seule juste, la seule soutenable. Je chercherai à le démontrer dans le cours de ce travail.

En entreprenant ce mémoire, je regrette seulement de me trouver en dissentiment avec l'honorable chef du parquet de Toulon, que j'ai l'honneur de compter au nombre de mes amis, et qui a toujours su gagner par son caractère, son savoir et son bon esprit, l'estime de ceux qui l'ont connu. *Amicus Plato, sed magis amica veritas*. Je dois à l'honneur de ma position de combattre l'erreur partout où je la trouve ; je dois à la science que je professe de faire triompher, par la discussion, les principes qu'elle a posés, n'ayant pu réussir devant les tribunaux à préserver le malheureux fou, dont il est question, de la flé-

trissure d'une condamnation. M. le procureur de la République de Toulon ne se méprendra pas sur mes intentions ; il comprendra que ma conviction doit être bien intime pour revenir sur une chose jugée, pour me poser en adversaire de l'opinion dont il s'est fait le défenseur, et qui a reçu la consécration d'une décision judiciaire. C'est aujourd'hui un fait accompli, une question purement de science et d'humanité, dont, à mon tour, j'interjette appel devant le tribunal du monde médical, et spécialement devant celui des médecins aliénistes dont la compétence est certainement plus légitime, au point de vue scientifique, que celle des magistrats et des jurés.

Une dernière considération qui m'engage à élever la voix, considération à laquelle ne réfléchissent pas assez les adversaires de nos doctrines, c'est que cette infirmité morale peut atteindre chacun de nous, se déclarer aujourd'hui ou demain dans nos familles, et frapper même les têtes les plus illustres. Je sais que le crime doit être puni partout où il se rencontre ; nos lois et nos mœurs repoussent le privilège de l'impunité. Mais l'infirmité morale que j'ai en vue n'est pas un crime ; elle ne l'est aux yeux de quelques personnes que parce qu'elle est mal appréciée dans sa nature, que parce qu'elle fait partie d'une science que les gens du monde, et même les hommes de loi, ne connaissent que sous des notions fausses et imparfaites. En refusant à la monomanie le titre de maladie et l'irresponsabilité morale que nous lui accordons, nos adversaires s'exposent, si le malheur venait à sévir dans leurs familles, à voir quelqu'un des leurs périr sur l'échafaud, ou plongé dans les fers à côté des plus grands scélérats. Qui de nous, dans des malheurs pareils, ne préférerait avoir un malade, un aliéné parmi les siens, que de compter dans sa famille un scélérat, un homme que la justice a flétri à tout jamais ? Un exemple frappant de ce que j'avance est arrivé depuis peu ; ne doit-on pas s'applaudir de voir dans une maison de santé cet honorable ambassadeur, qui aurait été infailliblement jeté dans les prisons, et qui aurait comparu

devant les assises pour y voir déshonorer l'illustre nom qu'il porte, si les tentatives de meurtre, commises sur ses propres enfants, n'avaient pas été considérées, à juste raison, comme étant le produit d'un dérangement d'esprit? Nous pourrions puiser dans ce fait d'utiles renseignements pour la défense de notre cause. Il s'agit ici d'un pauvre fou de bas étage, méritant à plus d'un titre notre sollicitude. Le vrai médecin, en effet, ne reconnaît aucune distinction de classe; tous les malheureux sont ses frères; il doit spécialement secourir celui que, ni la famille, ni le nom, ni les richesses, ne mettent en évidence et ne protègent contre le malheur.

Mon travail sera divisé en plusieurs chapitres : j'exposerai en premier lieu quelques notions générales sur la folie homicide, afin de bien fixer les termes de la discussion et de faire connaître en peu de mots les principes scientifiques dont la connaissance est utile à la solution du sujet en litige. Je ferai ensuite l'historique de l'affaire et de toutes les phases qu'elle a suivies dans l'instruction, depuis la perpétration du meurtre jusqu'à la comparution de l'inculpé devant les assises. En troisième lieu, je m'occuperai du procès et des faits nouveaux qui se sont produits dans les débats. Je discuterai dans le quatrième chapitre les points les plus importants de l'affaire, ceux qui auront besoin d'être éclairés plus complètement ou qui me paraîtront avoir exercé une fâcheuse influence sur la décision du jury. Je relaterai brièvement, dans cette partie, comme terme de comparaison, plusieurs faits puisés dans les annales de la science, et offrant avec celui-ci des caractères identiques.

CHAPITRE PREMIER.

Notions générales sur la folie homicide.

L'opinion que les gens du monde se forment de la folie est entièrement erronée. Personne mieux qu'Esquirol n'a caractérisé avec plus de vérité cette erreur générale, partagé même

par des hommes instruits : « Parler d'un fou , dit ce grand » maître, c'est, pour le vulgaire, parler d'un malade dont les » facultés intellectuelles et morales sont toutes perversies ou » abolies ; c'est parler d'un homme qui juge toujours mal de » ses rapports extérieurs , de sa position et de son état , qui se » livre sans cesse aux actes les plus désordonnés , les plus bizarres, les plus violents , sans motifs, sans combinaisons, sans » prévoyance.... »

La folie offre un cadre infiniment plus étendu ; les formes qu'elle peut revêtir sont plus nombreuses et plus variées. La moitié de la population renfermée dans les asiles d'aliénés , pourrait à bon droit être rendue à la liberté , si l'on ne considérait , comme atteints d'aliénation mentale que les malades , qui , par la physionomie de leur délire , peuvent être classés dans le tableau tracé par Esquirol. Il est utile de savoir , ainsi que la science l'a établi , qu'un grand nombre de fous conservent la conscience de leur état, de leur délire et de leurs rapports avec le monde extérieur ; que plusieurs, remarquables par l'association exacte de leurs idées, tiennent des discours sensés, et défendent leurs opinions avec finesse et avec une logique serrée ; que d'autres, voulant atteindre un but, combinent leurs moyens avec ruse, dissimulation et calcul ; qu'il en est dont les facultés affectives sont seulement perversies, ou dont les actions seulement sont déraisonnables ; que quelques uns n'offrent d'autres lésions intellectuelles que celle de la volonté qui les pousse irrésistiblement à des actes coupables ; que beaucoup, quoique très dangereux, conservent, pendant longtemps, un calme, une apparence physique de raison, capable de tromper les personnes les plus expérimentées ; que la plupart enfin , comme on peut s'en assurer en visitant les maisons d'aliénés , se livrent dans ces établissements à des travaux divers, avec constance, habileté et application. Ainsi , comme l'a dit quelque part M. Leuret, le médecin aliéniste peut s'assurer, en parcourant un hospice de tous : « Que la folie consiste moins dans l'aberration de toutes

» les facultés de l'entendement sur un ou plusieurs objets , que
» dans la lésion isolée d'une de ces facultés ; que la perception,
» le jugement , l'imagination , la volonté, peuvent être altérés
» séparément , ou tous à la fois, sans que l'intelligence soit dé-
» rangée. »

Les asiles offrent , en effet , de nombreux exemples de ces diverses espèces d'aliénation mentale ; aucun des malheureux qui entrent dans l'une ou l'autre de ces catégories ne jouit réellement de son libre arbitre, et ne doit être regardé comme responsable de ses actions. La plupart de ces malades sont doux et incapables de nuire ; mais beaucoup ne sont inoffensifs que sous l'influence de la séquestration à laquelle ils sont soumis. Il en est au contraire de très dangereux parmi eux ; il en est qui tueraient , à un moment donné , s'ils étaient rendus à la société, livrés à eux-mêmes, privés de surveillance, et non soumis à cette discipline morale éminemment salutaire dont ils sont sans cesse entourés dans nos établissements.

Un caractère mauvais et violent , des instincts naturellement pervertis, une mauvaise nature, comme on le dit vulgairement, sont des conditions fâcheuses qui peuvent imprimer à la folie une physionomie plus féroce et plus terrible. Mais il ne faut pas croire que les aliénés homicides soient tous méchants de leur nature , qu'ils aient apporté en naissant , ou qu'ils aient acquis par l'éducation , antérieurement à leur maladie , des penchants coupables et des sentiments de perversité. On a remarqué au contraire que la plupart de ces malheureux étaient doués d'une bonté naturelle, qu'ils étaient doux et affectueux , qu'ils étaient de bons amis et de bons pères de famille, que leur conduite en un mot était irréprochable. La maladie seule détermine souvent en eux l'explosion de mauvais penchants.

Indépendamment des divers genres de délire , il existe dans la folie des degrés nombreux, depuis la simple excitation cérébrale, une conception délirante sans fixité et sans ténacité ; une impulsion mauvaise, tout éphémère et de quelques instants ,

jusqu'à un trouble général des facultés , et à ces monomanies complètes, raisonnantes ou instinctives, qui subjuguent entièrement la pensée , et qui poussent l'homme à des déterminations funestes. Ces degrés variés de folie nous expliquent , sous un certain point de vue , les différences que l'on remarque dans les déterminations des aliénés homicides ; pourquoi les uns restent longtemps inoffensifs ; pourquoi d'autres luttent des années entières contre les pensées et les instincts maladifs qui les agitent par moments ; pourquoi ceux-ci se décident rapidement ; pourquoi ceux-là , après une lutte intérieure plus ou moins longue , cèdent un jour subitement à l'impulsion qui les poursuit.

Le caractère primitif de l'individu peut, comme nous l'avons dit , jouer un certain rôle dans la manifestation des actes de la folie. L'homme timide, craintif et pusillanime, devenant aliéné, concentre souvent sa douleur imaginaire en lui-même ; il préfère dans bien des cas , pour se débarrasser de ses tourments , attenter à sa propre vie , qu'à celle des personnes qu'il regarde comme conjurées contre lui. Celui , au contraire, qui est naturellement plus hardi , plus déterminé et plus violent , préférera l'homicide au suicide ; il n'hésitera pas à se venger, dès que dans son imagination malade il aura la certitude d'avoir découvert l'auteur de tous ses maux. Mais il ne s'ensuit pas de là que , chez ce dernier , le libre arbitre ne soit pas altéré , qu'il faille le considérer comme responsable de ses actions , par ce seul fait que le caractère originaire de l'individu aura imprimé à son délire une physionomie plus meurtrière. Les tempéraments influencent toutes les maladies de l'économie et les modifient singulièrement. Pourquoi le caractère , qui est le tempérament psychologique de l'homme , qui joue un si grand rôle dans la production de la folie, ne modifierait-il pas le délire à sa manière , et ne lui imprimerait-il pas un cachet tout particulier ? De nombreux faits nous prouvent qu'il en est ainsi dans bien des cas.

Le délire partiel qui pousse ordinairement au meurtre , la folie homicide proprement dite , peut revêtir deux formes bien distinctes : dans l'une , le malade est entraîné au mal par un motif avoué et déraisonnable , par une conviction intime , par une hallucination ou une conception délirante ; dans l'autre , le malade obéit à une impulsion aveugle , à quelque chose d'indéfinissable qui l'excite à verser le sang , sans qu'il existe une altération appréciable de l'intelligence et des facultés affectives.

Cette dernière forme de délire , connue sous le nom de *monomanie homicide instinctive*, a été pendant longtemps un objet de contestation. On a dit que l'on ne comprenait pas l'existence d'une folie sans lésion des facultés affectives et intellectuelles ; que la volonté ne peut pas être pervertie isolément ; que l'homme peut toujours résister à tout mauvais penchant ; que celui qui y obéit doit rester responsable de ses actions. Laissons parler Esquirol qui répond victorieusement à tous ces arguments lancés par des personnes étrangères à la médecine et sans expérience clinique de l'aliénation mentale. « Si l'intelligence peut
 » être pervertie ou abolie ; s'il en est de même de la sensibilité
 » morale , pourquoi la volonté , ce complément de l'être intellectuel et moral , ne serait-elle pas pervertie ou anéantie ?
 » Est-ce que la volonté , comme l'entendement et les affections ,
 » n'éprouve pas des vicissitudes , suivant mille circonstances
 » de la vie ? Est-ce que l'enfant et le vieillard ont la même force
 » de volonté que l'adulte ? Est-ce que toute maladie n'affaiblit
 » pas l'énergie de la volonté ? Est-ce que les passions n'amol-
 » lissent , ou n'exaltent pas la volonté ? Est-ce que l'éducation
 » et mille autres influences ne modifient pas l'exercice de la
 » volonté ? S'il en est ainsi , pourquoi la volonté ne serait-elle
 » pas soumise à des troubles , à des perturbations , à des débi-
 » lités maladives , quelque incompréhensible que cet état soit
 » pour nous ?

Ce genre de folie est aujourd'hui un fait acquis à la science.

Il est si vrai que cette lésion isolée de la volonté existe, que les malheureux qui en sont atteints, conservant toute leur raison et toute la conscience de leurs actions, luttent quelquefois pendant longtemps contre cette impulsion irrésistible, qu'ils ne cèdent en définitive qu'à la violence de l'entraînement qui les domine. Nous voyons tous les jours, dans les asiles, des aliénés qui déchirent leurs vêtements, qui se torturent de mille manières, ou qui se rendent coupables de quelques mauvaises actions, répondre aux observations que nous leur présentons : *Je ne puis m'en empêcher, c'est plus fort que moi. J'ai résisté longtemps, mais à la fin, je n'ai pu m'en défendre, quoique je sache bien que c'est mal fait.* On a vu des individus en délire, pressentant les mauvais penchants qui vont les dominer, s'empresse d'inviter les personnes présentes à se retirer, pour les préserver de l'explosion de leur fureur. L'hydrophobe n'est-il pas quelquefois dans ce cas ? En compulsant les annales criminelles de la folie, nous pourrions citer une foule de faits qui rendraient plus évident ce que nous venons de dire, qui prouveraient, aux yeux des plus incrédules, que la monomanie instinctive n'est pas une simple abstraction de l'esprit, que c'est un fait acquis à la science, une forme de folie très réelle et malheureusement très commune. Ce travail nous mènerait trop loin ; mais disons, en terminant ce qui a trait à ce genre d'aliénation mentale, que, quelque difficile qu'en soit le diagnostic à cause de la conservation de la raison, l'homme de l'art arrive toujours infailliblement à la découverte de la vérité, s'il sait étudier avec soin les antécédents de l'inculpé, les circonstances du crime, et toutes les particularités de l'affaire soumise à son investigation.

La seconde forme de folie homicide, que l'on devrait désigner d'une manière définitive, sous le nom de *monomanie raisonnante*, parce que l'aliéné, dans ce cas, raisonne ses actions sous un certain point de vue, peut se présenter sous une foule de variétés, relativement au mobile qui en constitue le fondement.

Il y a ici, dans l'esprit du malade, une idée fixe, une conception délirante, une hallucination, un motif quelconque en un mot qui le pousse à verser le sang; c'est ce motif impérieux et déraisonnable qui constitue le délire de la monomanie. Mais en dehors de cette cause malade de détermination, l'intelligence reste intacte, la raison est conservée, et l'aliéné parle et agit, dans tous les actes ordinaires de la vie, comme un homme entièrement sain d'esprit. Mais, quelque raisonnable qu'il paraisse, il n'en est pas moins absorbé par sa monomanie qui est pour lui une réalité; il finit tôt ou tard par concentrer sur ce point toutes ses facultés; il y réfléchit constamment; et un jour arrive où, conformément à l'idée délirante qui le domine, il se laisse entraîner à des actes plus ou moins criminels.

La folie qui pousse au meurtre est ordinairement de nature hypémaniaque; c'est un délire triste, débutant souvent par une sorte d'hypochondrie, roulant sur des idées de complot, d'ennemis et de persécutions, finissant par jeter l'aliéné dans d'horribles tourments, quelque imaginaires que soient ses souffrances et ses douleurs. Il est rare, de nos jours, que des craintes d'empoisonnement ne se mêlent pas à ce délire, et n'en deviennent même le principal phénomène. La folie revêt assez volontiers la forme et la nature des idées dominantes de l'époque. Il y avait au moyen âge beaucoup de sorciers, beaucoup de possédés et de démoniaques; il y a eu, sous l'empire, beaucoup de Napoléon; il y a aujourd'hui un très-grand nombre d'aliénés qui se croient empoisonnés, peut-être parce que les journaux ont retenti, dans ces dernières années, d'une foule d'affaires d'empoisonnement.

Le délire hypémaniaque, tant qu'il reste borné à l'état de monomanie, est très difficile à reconnaître; c'est le délire que l'aliéné dissimule avec le plus de soin. Les facultés n'étant troublées que partiellement, il se sert en quelque sorte de toute l'activité de la portion saine de son intelligence, pour cacher les idées qui le préoccupent, pour méditer des projets de vengeance, et pour en préparer les moyens d'exécution avec une

rare sagacité. On a eu raison de dire que le lypémaniaque était d'autant plus dangereux que son délire était moins évident. Il arrive assez souvent, comme dans la monomanie instinctive, que l'aliéné lutte pendant longtemps contre les penchants malsadifs qui le dominent; il y a chez lui un combat intérieur entre la partie saine de son intelligence et la partie malade; il épuise quelquefois, avant de se décider, toutes les épreuves de la patience et de la résignation; et il ne prend d'ordinaire une résolution définitive que lorsque, désespérant de voir cesser ses tourments imaginaires, il ne trouve d'autre remède à sa situation que celui de se débarrasser à tout jamais, par le meurtre, de l'auteur de tous ses maux. Le meurtre est pour l'aliéné un cas de légitime défense. Il comprend parfaitement, d'une manière absolue, la moralité de l'acte auquel il va se livrer; il sait bien que tout crime est puni par les lois, et il n'ignore pas qu'il aura à rendre compte à la justice de son action criminelle. Mais l'instinct de conservation le pousse à se venger; il croit sa défense légitime, je le répète; il ne voit devant lui qu'un ennemi; et, en le frappant de son arme meurtrière, il ne se regarde pas comme plus coupable que celui qui tuerait un brigand qui voudrait le détrousser sur un chemin.

Le choix de la victime tombe fréquemment sur des membres de la famille, sur des amis, ou sur des personnes contre lesquelles n'existait aucun sujet réel de haine. L'aliéné homicide a fixé quelquefois, depuis longtemps, son attention sur celui qui doit devenir sa victime; il l'observe avec soin; il étudie scrupuleusement ses actions; et il diffère l'heure de la vengeance, soit parce que les moments ne lui sont pas favorables, soit parce que sa conviction malade est imparfaite, et qu'il lui manque encore des preuves suffisantes pour se décider. D'autres fois sa détermination est plus prompte; une circonstance toute fortuite, le motif le plus frivole le décide à agir; il sévit alors aussitôt sur une personne inconnue, ou sur un ami qui n'avait aucun sujet de se méfier de lui. Les déterminations qui surviennent à la suite d'une hallucination sont toujours plus impérieuses

et plus rapides ; la volonté du malade cède facilement à cette impulsion sensoriale , constituant une preuve rationnelle et matérielle des idées délirantes qui le préoccupent. L'hallucination est une fausse sensation ; mais cette sensation n'est fausse que pour ceux qui sont aptes à la juger. L'aliéné l'accepte comme une sensation normale, et il obéit à l'impulsion qu'elle lui dicte, sans se douter de son erreur.

Les gens du monde ne croient pas que l'aliéné puisse préméditer un crime ; ils regardent l'existence de la préméditation comme excluant toute idée de folie ; et, toutes les fois que dans la perpétration d'un meurtre, il y a eu ruse, dissimulation, quelque combinaison intellectuelle, c'est pour eux la preuve d'une criminalité bien établie. Cette manière de voir est erronée ; nous allons le démontrer en quelques mots.

Dans le délire partiel, dans la monomanie proprement dite, il ne faut pas oublier que le trouble mental est isolé, et qu'il y a conservation de la plupart des facultés ; que ce sont une ou plusieurs des facultés affectives qui sont malades ; mais que l'intelligence conserve souvent toute son intégrité. N'avons-nous pas vu déjà que l'intellect de l'aliéné continuait à jouir de toutes ses prérogatives, en dehors de la série d'idées relatives à l'objet de sa monomanie ? N'avons-nous pas dit aussi que le monomane avait soin ordinairement de dissimuler ses conceptions délirantes ? Est-il besoin d'ajouter que cette dissimulation est d'autant plus parfaite, que les facultés intellectuelles sont restées plus intactes et le délire partiel plus restreint ? Les aliénés, a dit Locke depuis longtemps, sont semblables à ceux qui posent de faux principes, d'après lesquels ils raisonnent très juste, quoique les conséquences en soient erronées. Le point de départ, chez le monomane, est une erreur ; il n'y a illusion que sur le principe ; mais le principe admis, il s'opère sur cet objet délirant un travail mental régulier, et des déductions naturelles et logiques. C'est là que se trouve, comme l'a fort bien observé M. Renaudin, l'explication de la prémédita-

tion ; c'est là que résident les éléments essentiels de cette opération intellectuelle. Le monomane, comme le criminel, médite et prépare son crime, use de calcul et d'adresse, et s'entoure souvent, pour réussir, de toutes les précautions utiles.

Le crime une fois commis, l'aliéné avoue ordinairement son action, et même il s'en vante quelquefois comme d'une prouesse, comme de quelque chose de méritoire. Mais il arrive aussi quelquefois, ce qui l'identifie davantage avec le criminel, qu'il continue à dissimuler, et qu'il cache avec soin le forfait dont il vient de se rendre coupable : cependant il est rare que sa dissimulation dure longtemps ; il est rare surtout qu'il prenne, comme le véritable criminel, toutes les précautions minutieuses, capables de tromper la justice. Le mode de perpétration du crime et les circonstances qui l'accompagnent doivent toujours être examinés avec soin par le médecin légiste ; mais il est bon qu'il sache que ses investigations pourraient l'entraîner quelquefois à de graves erreurs, s'il se bornait à ce seul moyen d'appréciation. Ce qu'il doit surtout étudier avec soin, c'est le point de départ de la maladie, c'est le mobile qui agite l'aliéné. Là réside la base du diagnostic. Cette appréciation suffira seule, le plus souvent, pour découvrir la vérité, pour prouver, autrement dit, que l'individu a été poussé à verser le sang par une impulsion fatale, par un entraînement irrésistible et maladif.

CHAPITRE II.

Historique de l'instruction du procès.

Le 12 avril 1847, vers une heure de l'après-midi, un meurtre est commis dans une campagne, située près le village de la Cadière (Var), sur la personne d'un nommé Matherou, propriétaire, avancé en âge, et jouissant d'une estime générale. Cet homme était parti le matin de son village pour aller passer la journée à sa campagne. Il reçut la mort dans une position assise, pendant qu'il conversait, sans aucune méfiance, avec le

meurtrier. La mort fut presque instantanée ; un voisin qui accourut au premier cri d'alarme , reçut ses derniers soupirs et ne put obtenir de lui aucune parole. Sa malheureuse fille , qui venait le rejoindre au même instant , le trouva expirant ; elle eut à supporter la douleur de cet horrible spectacle ! La victime avait été percée de huit coups de couteau.

Le paysan , qui avait accouru le premier sur la scène du meurtre , vit s'enfuir un homme à travers champs ; il crut reconnaître dans cette personne le nommé Moulinard , habitant la Cadière , natif de ce pays , connu par ses excentricités et par une réputation assez mauvaise , à cause des emportements habituels auxquels il se livrait. Dans la nuit qui suivit, on se transporta à la demeure de cet individu pour le saisir ; on le trouva caché dans une *cave vinaire*. Il s'avoua presque tout de suite l'auteur du meurtre , et il ne fit pas la moindre défense pour être conduit en prison.

Le juge de paix du canton commença l'instruction de l'affaire. Il interrogea l'inculpé, qui lui fit des aveux complets sur les détails du meurtre ; il entendit plusieurs personnes de la Cadière , capables de le renseigner sur ses antécédents. Voici ce qu'il écrivait , quelque temps après , à M. le procureur du roi, sur le compte de l'inculpé : « C'est un homme d'un caractère » original , d'une intelligence bornée , étroite , maniaque peut- » être ; il est brusque et emporté pour la moindre contradic- » tion ; il est naturellement très orgueilleux ; il se dit savant , » quoique sans instruction ; il s'habille mieux que les gens de » sa condition , et il fait des dépenses folles , quoiqu'il ne soit » pas riche. Du reste il se conduit , à part cela , comme tout le » monde ; il sait très bien ce qu'il fait. »

M. le procureur du roi de Toulon et un juge d'instruction se transportèrent sur les lieux. On mit l'accusé en présence de la victime ; et ce qui frappa , dans cette confrontation , l'attention des magistrats , c'est que la physionomie de cet homme ne dénota aucune espèce d'émotion. Il resta impassible en face de ce

cadavre dont il venait d'être le meurtrier ; le médecin , que la justice avait appelé , constata que le poulx de l'inculpé battait comme à l'état normal !

L'instruction suivit alors son cours. L'accusé fut emmené dans les prisons de Toulon. On l'interrogea à diverses reprises ; on appela un grand nombre de témoins qui pouvaient donner des renseignements précis sur sa vie antérieure et sur ses habitudes. Tous les membres de sa famille furent entendus. Le juge d'instruction , désireux de remonter à l'origine de ce crime, ne négligea aucune recherche qui pût le mettre sur la voie de la vérité. Les résultats fournis par les pièces de la procédure se trouvant consignés dans le rapport médico-légal que l'on lira plus loin , je n'entrerais pas maintenant dans le détail des renseignements divers recueillis par l'instruction ; mais il est deux faits que je dois énoncer tout de suite : le premier , c'est que la plupart des témoins , tout en assurant que cet homme n'a jamais été considéré à leurs yeux comme aliéné , font connaître , sur sa vie , une foule de particularités qui tendent à prouver un état de folie ; le second , c'est que personne n'a pu expliquer la cause de ce meurtre , et que les suppositions faites par la justice sur ce point , comme nous le verrons ailleurs , sont restées , dans l'instruction , dépourvues de tout fondement. Je reviendrai sur tous ces faits dans le troisième chapitre ayant trait aux débats du procès , et dans le quatrième où il s'agira de l'appréciation des points les plus remarquables de cette grave affaire. Du reste les indices de folie paraissaient déjà si évidents dès les premiers jours de l'instruction , que cinq jours après , en date du 25 avril , le magistrat , chargé de cette procédure , commettait les docteurs Laugier et Long , de Toulon , à l'effet de constater la situation mentale de cet homme. Ces messieurs délivrèrent , trois mois après environ , le rapport que voici.

Rapport médico-légal sur le nommé Moulinard , inculpé de meurtre.

Eu vertu d'une ordonnance de M. le juge d'instruction de Toulon , en date du 25 avril dernier, nous soussignés, docteurs en médecine et second chirurgien en chef des hospices civils de cette ville , avons été commis à constater l'état mental du nommé Joseph Moulinard , arrêté sous l'inculpation d'assassinat.

Ayant soumis le nommé Moulinard , après avoir prêté le serment voulu par la loi , à plusieurs interrogatoires, tant à l'hôpital civil que dans la prison , nous avons reconnu qu'il n'est pas sain d'esprit ; que son intelligence n'est pas intègre. Sa conversation , quoique lucide en certains moments, ne conserve pas toujours une justesse convenable, et prend alors un caractère de monomanie raisonnante. Son délire ne nous a paru porter que sur des idées de vengeance et de meurtre.

En conséquence, nous déclarons ledit Moulinard atteint de monomanie homicide raisonnante.

Toulon, le 3 juillet 1847.

Signés : LAUGIER ET LONG.

Cette déclaration , quoique succincte , était positive ; elle établissait, en quelques mots, l'état mental de cet homme, sans la moindre hésitation , avec la plus complète certitude. Ces honorables confrères avaient parfaitement apprécié , suivant moi , la situation mentale de l'inculpé ; je suis heureux de m'être trouvé en conformité d'opinion avec eux dans les conclusions du rapport médico-légal que l'on lira bientôt.

Le juge d'instruction, voulant pousser ses investigations plus loin , et ne voulant rien négliger de tout ce qui pouvait éclairer la justice , rendit, en date du 3 juillet , l'ordonnance que voici.

Commission rogatoire.

Nous, Victor-Antoine Girard, juge d'instruction près le tribunal civil de Toulon, à l'occasion de la procédure commencée contre Joseph Moulinard, inculpé d'avoir commis un homicide volontaire et avec préméditation,

Attendu que cet inculpé a été signalé comme ne jouissant pas de l'intégrité de ses facultés intellectuelles, et qu'il importe de déterminer si le discernement de Moulinard se trouvait en réalité, au moment du fait qui lui est imputé, couvert d'un nuage qui l'a empêché d'apprécier la moralité de l'acte auquel il se livrait ;

Commettons M. le docteur Aubanel, médecin de l'hospice des insensés de Marseille, aux fins d'examiner d'état mental dudit Moulinard et de nous faire rapport sur le point de savoir si cet inculpé jouit de l'intégrité de ses facultés intellectuelles, et spécialement s'il était, au moment du crime à lui imputé, atteint d'une monomanie qui l'ait empêché d'apprécier la moralité de l'acte auquel il se livrait.

Commettons régulièrement l'un de MM. les juges d'instruction de Marseille, aux fins de recevoir le serment préalable dudit M. Aubanel.

Ordonnons que l'inculpé et les pièces de la procédure seront adressés à Marseille à la diligence de M. le procureur du roi, pour y être tenus à la disposition du docteur Aubanel,

Fait à Toulon le 13 juillet 1847.

Signé : Victor GIRARD.

M. le juge d'instruction, en s'adressant à un médecin spécial, voué exclusivement à l'étude des maladies mentales, voulait mettre à profit, en quelque sorte, toutes les ressources de la science, pour dissiper l'incertitude qui pouvait encore exister dans son esprit sur la réalité de la folie homicide admise déjà par deux honorables médecins de Toulon. Je m'empressai im-

médiatement de répondre à l'honneur qui m'était fait ; je me mis de suite à l'œuvre, et je cherchai à remplir l'honorable et difficile mission qui m'était confiée, avec tout le zèle, la conscience et la maturité nécessaire à ces sortes d'investigations médico-judiciaires. Conformément à l'ordonnance de MM. les juges d'instruction, l'inculpé avait été amené de Toulon dans les prisons de Marseille, et les pièces de la procédure avaient été mises à ma disposition. Il est bon de faire remarquer que le rapport des médecins de Toulon ne se trouvait pas dans les pièces qui furent soumises à mon examen ; j'ai ignoré jusqu'aux débats que d'autres confrères eussent été consultés ; je ne connaissais pas leur déclaration, lorsque j'ai rédigé, fin septembre de l'année 1847, après un examen de plus de trois mois, le rapport médico-légal que voici.

Rapport médico-légal sur le nommé Moulinard, de la Cadière (Var), inculpé de meurtre.

Je soussigné Honoré Aubanel, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin en chef de l'asile des aliénés de Marseille, déclare m'être rendu, sur l'invitation de M. Mérindol, juge d'instruction près le tribunal de Marseille, le 15 juillet 1847, au palais de justice, dans le cabinet de ce magistrat, et y avoir reçu par son entremise communication d'une ordonnance, en date du 13 juillet courant, de M. Girard, juge d'instruction près le tribunal de Toulon (Var), portant que le nommé Moulinard, Joseph-Martin-François, inculpé d'assassinat sur la personne du nommé Matheron, serait envoyé à Marseille, ainsi que les pièces de la procédure, me commettant à l'effet d'examiner l'inculpé et de déterminer ; 1° s'il jouit de l'intégrité de ses facultés intellectuelles ; 2° spécialement s'il était au moment du crime, atteint d'une monomanie qui l'ait empêché d'apprécier la moralité de l'acte auquel il se livrait. Serment préalablement prêté entre les mains de M. Mérindol, je déclare m'é-

tre livré, avec la plus scrupuleuse attention, à l'examen qui m'était ordonné. Nous allons d'abord exposer les faits circonstanciés qui résultent de l'étude des pièces de la procédure ; nous ferons ensuite connaître le résultat de l'examen direct de l'individu, et nous terminerons par quelques réflexions qui nous serviront à établir une série de conclusions, résumant notre opinion sur l'état mental de l'inculpé.

Premier examen des pièces de la procédure.

Le sieur Moulinard est âgé de trente-cinq ans ; il est cultivateur, mais il a exercé également le métier de maréchal-fer-rant. Natif de la Cadière (Var), il n'a pas toujours habité cette localité ; mais depuis trois ans il s'y est fixé, vivant séparément de sa famille, allant lui-même acheter tout ce qui lui était nécessaire, et n'ayant d'autre occupation que celle de cultiver une petite terre provenant du patrimoine de son père. Quelquefois il allait travailler en journée, mais le plus souvent il ne faisait rien et vivait des économies qu'il avait pu faire, disait-il, pendant son séjour à Marseille.

Jamais personne n'a considéré Moulinard comme atteint d'aliénation mentale ; mais on s'accorde généralement à dire qu'il a toujours eu une intelligence bornée, un caractère fantasque, très original, et une disposition naturelle à la colère et à l'emportement pour le plus petit motif. Dans ses moments de colère on l'a entendu dire des choses déraisonnables, faire des menaces de toute espèce, ridicules même, comme le ferait un homme que la raison ne guiderait plus. Dans sa conversation habituelle, on l'a vu maintes fois se livrer à des propos sans suite, sans aucun sens, et on ne lui a jamais reconnu un jugement très sain, une intelligence bien organisée. Il paraît qu'il se livrait fréquemment à des dépenses folles, qu'il affectait de se vêtir mieux que les gens de sa condition et qu'il manifestait souvent la prétention de se croire supérieur en toute chose à une infinité de personnes. Du reste, à part ces singularités poussées quelque-

fois jusqu'à la déraison, il causait sensément, il fréquentait le café, il jouait aux cartes, il achetait les objets dont il avait besoin, et il agissait dans une foule de ses actions comme un homme jouissant de toute l'intégrité de ses fonctions intellectuelles.

Il y a un certain nombre d'années, Moulinard avait eu quelques difficultés avec M. Giraud, avocat, à l'occasion des limites respectives de leurs terres qui étaient limitrophes. Dans cette affaire on avait eu pour lui tous les égards, tous les ménagements imaginables ; mais il ne fut jamais possible de lui faire entendre le langage de la raison : et M. Giraud, désespérant de l'amener à un arrangement amiable, fut obligé de le faire appeler devant le juge de paix, où il fut condamné par défaut. La mère de l'inculpé, reconnaissant toute la justice de la réclamation de M. Giraud, s'empressa de payer l'amende à laquelle il venait d'être condamné, et, ne jugeant pas convenable de le faire revenir de Marseille où il était allé travailler, elle lui laissa ignorer sa condamnation jusqu'à l'époque où il vint se fixer définitivement à la Cadière. Cette nouvelle l'exaspéra beaucoup, il entra dans une colère terrible, il reprocha à sa mère la conduite qu'elle avait tenue ; il lança contre M. Giraud des paroles d'une violence excessive et jura d'en tirer un jour vengeance. Il paraît que depuis cette époque il n'a pas cessé d'être vivement préoccupé de cette affaire ; il en a parlé à diverses personnes, et, sans s'être jamais porté à des voies de fait envers M. Giraud, il a toujours continué à se plaindre de lui et à le menacer de sa colère. Un témoin déclare l'avoir entendu tellement divaguer sur ce point, qu'il ne put s'empêcher de le considérer comme *ayant un grain de folie*. S'il faut en croire la déclaration de la mère, il paraîtrait que, depuis ce moment, l'inculpé aurait eu un caractère plus mauvais et plus emporté que jamais, qu'il se serait plaint souvent d'être malade, qu'il aurait parlé maintes fois de sorciers, de revenants et de personnes ennemies qui voulaient l'empoisonner.

Depuis son retour définitif à la Cadière, il n'a plus travaillé

avec assiduité ; il s'est dit souvent malade, faible et incapable de supporter la moindre fatigue ; habituellement il était triste, chagrin et morose, passant presque tout son temps dans l'oisiveté. Sa mère lui conseillait souvent de travailler et de chercher à dissiper ses peines par le travail et la distraction. Les médecins qui l'ont visité à différentes reprises ne lui ont jamais reconnu une maladie bien déterminée.

Il paraîtrait, d'après la déclaration d'un témoin, que Moulle-nard était depuis quelque temps en proie à une idée fixe, à celle de croire que l'on cherchait à l'empoisonner. Un jour, étant allé acheter une bouteille de liqueur, il crut qu'on y avait mis du poison et il se garda bien d'en boire ; une autre fois, il s'imagina avoir été empoisonné par quelque chose qu'il avait acheté à Toulon. Plus tard, M. Durand, médecin à la Cadière, lui étant devenu suspect, il le rangea au nombre des personnes qui avaient juré de l'empoisonner. Un jour, ayant acheté chez lui du safran pour mettre dans la soupe, il crut, après avoir mangé son potage, que ce safran n'était autre chose que du poison ; il s'empressa aussi d'avalier de l'huile comme contre-poison ; mais il a toujours regardé comme un miracle d'avoir échappé à cette tentative d'empoisonnement ; et un témoin a déclaré que, lui ayant entendu raconter maintes fois cette circonstance, il n'avait jamais pu le dissuader de son erreur, ni lui faire comprendre l'absurdité d'une pareille idée.

Les singularités du caractère de l'inculpé sont devenues ensuite plus marquées : on a remarqué que, tout en conservant une conscience parfaite de ses actions, il tenait de plus en plus des propos sans suite ni liaison, tout à fait vides de sens. On l'a vu plus querelleur que jamais dans ses rapports avec sa famille ; on lui a entendu dire que le gouvernement lui était redevable d'une somme importante ; il a pris plaisir pendant quelque temps à prononcer des mots ayant la même consonnance, à s'habiller quelquefois dans le courant de la semaine avec une certaine recherche. Il s'est livré souvent à des dépenses supé-

rieures à ses moyens ; il achetait quelquefois une grande quantité de viande ou de fruits, jusqu'à 10 francs, par exemple. Ne voulant pas boire de l'eau des fontaines du village, il allait là puiser à un quart de lieue du pays, et, trouvant mauvais le pain des boulangers, il allait habituellement échanger celui qu'il achetait avec celui que sa sœur pétrissait elle-même. On pensait dans le pays qu'il ne prenait ces précautions que par suite de ses craintes d'empoisonnement. S'il allait quelquefois travailler dans un chantier avec plusieurs autres agriculteurs, il s'éloignait de ses camarades au moment du dîner et il mangeait séparément. Un jour il répondit à un paysan qui lui avait offert de boire à sa bouteille, qu'il n'avait pas l'habitude *de boire à toute fontaine*.

Il résulte des pièces de la procédure, que l'inculpé ne paraissait nourrir aucune haine contre le sieur Matheron, son voisin. Celui-ci, étant autrefois gardé champêtre, était venu quelquefois s'interposer dans la famille, à l'occasion des querelles qui y survenaient fréquemment ; il avait cherché plusieurs fois à faire sentir à Moulinard que ses emportements étaient blâmables et déplacés ; mais ces circonstances remontent à un grand nombre d'années. On n'a jamais entendu l'inculpé proférer des menaces contre cet homme ; on l'a vu, au contraire, le saluer habituellement, causer souvent avec lui, jouer même avec lui aux cartes. Enfin, le jour avant la perpétration de l'assassinat, on les a vus tous les deux sur la porte du café s'entretenir avec la plus grande tranquillité. Jamais personne ne lui a entendu parler de l'affaire d'une vente de chèvre qui remonte à dix ou douze ans et dont on lira plus loin la relation.

Vers la fin de mars 1847, il alla acheter un large couteau au village de Beauisset, situé assez près de la Cadière. Le 12 avril, il sort de chez lui à huit heures du matin, muni de la gibecière qu'il portait habituellement ; il va d'abord chez sa sœur qui habitait la campagne, et il y reste quelques heures, puis se dirige à travers champs vers la propriété du sieur Matheron, et y arrive à une heure de l'après-midi. Il trouve cet homme de-

vant son bastidon (petite maison de campagne), il l'aborde amicalement comme il le faisait d'habitude ; et, s'étant assis à côté de lui, la conversation s'engage sur des choses tout à fait insignifiantes ; mais, à peine quelques paroles étaient-elles échangées, que, saisissant un large couteau qu'il tenait caché sous sa chemise, il en frappe mortellement Matheron qui expire au bout de quelques instants. Un paysan du voisinage accourt presque aussitôt au premier cri d'alarme ; mais il était trop tard : il vit Moulinard s'enfuir à travers champs et ne put recevoir que les derniers soupirs de la victime. De toute la journée on ne vit plus l'inculpé ; il paraît qu'il ne revint dans la maison que vers onze heures du soir, au milieu de la nuit. Quand on se présenta à son domicile pour l'arrêter, on le trouva couché dans une cuve ; il avait sa gibecière à côté de lui, et dans la gibecière on trouva le couteau encore tout ensanglanté qui avait servi à la perpétration de l'assassinat. Une fois prisonnier, il se laissa emmener sans faire la moindre défense ; et, aux premières questions qui lui furent posées, il avoua être l'auteur du meurtre.

Dans les divers interrogatoires auxquels il a été soumis, il a toujours répondu avec précision, sans incohérences dans les idées, sans trouble apparent dans ses facultés. Il a dit que depuis un mois il avait l'intention de tuer Matheron, et que c'était dans ce but qu'il était allé acheter le couteau dont il s'est servi. Il a raconté de quelle manière il s'était rendu à la propriété de cet homme, comment il l'avait abordé, comment il l'avait frappé de son arme meurtrière ; puis il a fait le récit de son retour dans sa maison d'habitation et des circonstances de son arrestation pendant la nuit. Pressé de questions sur les motifs qui ont pu le pousser à ce crime, il s'exprime à peu près en ces termes : « Tout le village de la Cadière est contre moi ; j'y ai tellement
« d'ennemis qu'il serait trop long de les désigner. Je ne pourrai
« pas dire tout ce qu'on m'a fait ; mais on m'a adressé des in-
« jures, on a cherché à me nuire de toutes les manières, on
« m'a empêché de travailler. M. Durand est au nombre de mes

« ennemis; un jour il ne voulait pas me saigner, quoique je lui
« eusse dit que j'étais certain de mourir si l'on ne me tirait pas
« du sang. C'était le matin; il me répondit que je pouvais bien
« aller jusqu'à midi sans mourir; mais s'il me parlait ainsi,
« c'est qu'il savait qu'à cette heure je n'existerais plus; enfin, il
« fut obligé de me saigner, et cette saignée me sauva la vie; il
« a essayé aussi de m'empoisonner. M. Matheron m'en voulait
« également depuis longtemps; la preuve, c'est qu'il y a dix à
« douze ans, il avait conseillé à un homme qui nous avait vendu
« une chèvre, de venir réclamer deux fois le prix de la vente.
« J'ai frappé celui-là parce que le coup est allé là. »

2° *Examen direct de l'inculpé.*

Du 15 juillet au 18 septembre, je me suis rendu à la prison du palais de justice où l'accusé avait été placé pour être mis à ma disposition. Dès ma première visite, j'ai prié le gardien de la prison d'observer avec soin toutes ses actions et de m'en rendre compte; je lui ai recommandé également de ne pas lui dire mon nom et ma qualité, et de lui laisser ignorer l'objet de ma mission.

Moulinard, d'une constitution forte et d'un tempérament sanguin prononcé, s'est toujours présenté devant moi dans un état de calme parfait, avec politesse, une physionomie assez naturelle et une apparence complète de raison. Interrogé sur une foule de points étrangers à son affaire, il m'a constamment répondu avec précision et sans la moindre incohérence dans les idées. Il m'a donné des détails circonstanciés sur sa vie, sur ses habitudes, sur sa famille et sur son pays, comme un homme entièrement raisonnable; et, relativement à ces objets divers d'entretien, il ne m'a jamais présenté des signes apparents d'aliénation mentale pendant les longues et fréquentes entrevues que j'ai eues avec lui. Cependant, quelque négatif que mon examen ait été sous ce point de vue, j'ai été frappé de trois circonstances qui me paraissent dignes d'être notées : la pre-

mière, c'est un état d'indifférence sur sa position, une physiologie joviale contrastant avec son séjour à la prison et la grave accusation qui pèse sur lui ; la seconde, c'est une certaine originalité de caractère, jointe à peu de sollicitude et à une insensibilité assez grande envers les membres de sa famille ; la troisième, c'est un jugement faux, un défaut de réflexion dans les idées et une disposition naturelle à l'emportement.

L'ayant interrogé d'une manière spéciale sur son genre de vie, j'ai appris de lui que depuis trois ans il avait été souvent malade, qu'il avait éprouvé de grandes faiblesses, un malaise général, des lassitudes excessives et une impossibilité souvent absolue de pouvoir travailler. « J'avais, me dit-il, mon sang » mêlé à la bile, j'ai été souvent à deux doigts de la mort, je » regarde comme un miracle de me trouver en vie. » Il m'a raconté *tout le mal* que lui a fait M. Durand, son médecin : d'abord la première tentative d'empoisonnement à l'aide du safran ; ensuite plusieurs autres tentatives faites à l'aide de divers remèdes que ce médecin lui avait conseillés. Pour prouver combien M. Durand a le désir de le voir mourir, il insiste sur son *indigne conduite* lorsqu'il le fit appeler pour se faire saigner. « Il ne voulait, dit-il, me saigner qu'à midi, parce qu'il était » certain de ma mort pour cette heure-là. Du reste, ne s'est-il » pas vanté partout qu'il verrait la fin de moi ? N'a-t-il pas dit » souvent que ce n'était pas sa faute si je vivais encore, qu'il » m'avait donné assez de drogues pour me faire mourir ? »

Il m'a parlé de la tentative d'empoisonnement qu'il aurait subie à Toulon dans l'année 1845. Voici de quelle manière il raconte ce fait : « Je fus, à Toulon, chez M. Auban pour lui » demander une consultation ; je ne trouvais pas ce médecin, ce » fut un autre médecin, son élève peut-être, qui me fit une » ordonnance. Je fus ensuite chez un pharmacien, qui me donna » une bouteille pleine et vingt petits paquets renfermant une » poudre ; le tout me coûta 7 fr. De retour à la Cadière, je pris » le soir un paquet et une cuillerée de la liqueur contenue

« dans la bouteille ; le lendemain matin , je pris une seconde
 « dose pareille , mais je sentis tout de suite que ce remède me
 « faisait beaucoup de mal ; je me crus tout près de la mort.
 « Aussi , persuadé que l'on m'avait donné du poison au lieu
 « d'un bon remède , je retournai tout de suite à Toulon , quoique
 « très malade , pour faire ma plainte à la justice. Je demandai
 « à parler au procureur du roi ; je fis voir la bouteille à celui
 « qui vint me parler , et l'on me dit d'aller au Vieux-Palais pour
 « voir le commissaire de police. Celui-ci me fit conduire chez
 « le pharmacien , qui goûta la liqueur et répondit que ce n'était
 « pas du poison. On ne fit plus alors attention à moi ; mais
 « quelque temps après me trouvant à Toulon , et ayant demandé
 « inutilement au pharmacien de vouloir bien me faire une dé-
 « claration de ce qu'il m'avait vendu , je me fis faire , avec
 « 15 sous , cette déclaration par un écrivain public. J'ai conservé
 « ce papier , il doit être mêlé à d'autres papiers dans le tiroir
 « d'une table de ma maison. » L'ayant ramené plusieurs fois sur
 ce point , j'ai toujours obtenu le même récit , et il m'a constam-
 ment parlé de ce fait avec une apparence complète *de vérité*.
 On trouve dans une pièce de la procédure l'indication de ce
 fait , mais il y a absence de détails circonstanciés , et M. le pro-
 cureur du roi , à qui j'ai demandé des renseignements sur ce
 point , n'a pu remonter à la constatation des principales circon-
 stances signalées par l'inculpé.

Son attention étant fixée sur ce genre d'idées , il m'a avoué
 qu'il ne manquait pas d'ennemis à la Cadière , qu'on lui avait
 fait tout le mal imaginable , et que tout le village , pour ainsi
 dire , avait cherché à nuire à sa famille. On se méfiait de tout ce
 qu'il faisait , on éplait ses actions , on parlait mal de sa per-
 sonne , on l'accusait même d'être fou (jé vous demande , dit-il ,
 si je l'ai jamais été) , on aurait voulu le voir misérable , et on se
 réjouissait de le sentir malade. Pressé de préciser le mal qui lui
 a été fait , il parle de quelques tentatives d'empoisonnement ;
 mais , à part cette circonstance , il reste toujours vague dans ses

plaintes, et se contente de dire que ses tourments ont été de toute nature. Cependant, pour formuler ses accusations d'une manière plus précise, il m'a dit plusieurs fois : « Si l'on ne m'a pas fait plus de mal, c'est que l'on a été dans l'impossibilité de m'en faire davantage ; mais, supposez, par exemple, que ma famille eût eu besoin de tenir une *boutique* pour vivre, vous auriez vu les habitants de la Cadière s'éloigner de nous, et préférer mourir de faim que de venir acheter à notre magasin. »

Parmi les nombreux ennemis qu'il croit avoir, il en désigne trois spécialement : M. Giraud, qui s'est conduit envers lui comme un *scélérat*, et contre lequel il conserve une haine invétérée ; M. Durand, qui a cherché à le tuer de toutes les manières ; M. Matheron, sa victime, qui depuis longtemps était l'ennemi de sa famille. Cependant, à l'égard de ce dernier, il avoue que sa haine n'était pas bien grande ; il avait à lui reprocher l'affaire de la vente de la chèvre et plusieurs autres petites choses, comme celles d'épier ses actions et de vouloir servir de faux témoin contre sa personne ; mais il n'avait jamais eu aucun démêlé direct avec cet homme, il le voyait fréquemment au café, et il causait souvent avec lui assez amicalement. Tel est son dire sur ce point.

Interrogé sur le crime qui lui est imputé, il ne l'a jamais nié, et il m'a raconté avec précision l'achat du couteau, son départ, le 12 avril, de sa maison, sa visite à sa sœur, son arrivée à la campagne de Matheron, la conversation de quelques instants qu'il eut avec cet homme, la manière dont il l'a assassiné, sa fuite à travers champs, son retour, le soir, à la maison, et son arrestation pendant la nuit. Il m'a raconté ces diverses circonstances du meurtre avec le plus grand sang-froid, le sourire sur la bouche et l'insensibilité la plus complète. A voir cet état d'indifférence et l'expression de sa physionomie, on dirait qu'il parle d'une action qui lui serait tout à fait étrangère. Il m'a toujours assuré qu'en assassinant Matheron, il n'avait été poussé

par aucun autre motif que celui de se venger du mal que cet homme avait fait à sa famille dans cette affaire qui date de dix à douze ans. » Si c'était à faire, je ne le ferais plus; j'avoue » qu'il m'avait fait moins de mal que bien d'autres, pas assez » pour le tuer; j'ai agi sans réflexion, mais c'est fait, le coup » est allé là comme il aurait pu aller ailleurs. »

Il ne paraît nullement être soucieux des conséquences de son action criminelle; il est prêt à subir toutes les peines qu'on lui infligera, la mort même; mais il ne paraît pas s'attendre à une punition bien terrible, il croit même qu'il pourra bientôt rentrer dans son pays. Lui ayant exprimé plusieurs fois l'étonnement que j'éprouvais de le voir si peu affligé de sa position, il m'a toujours répondu que, la chose étant faite, il serait *bien bête* de se chagriner et de se tourmenter l'esprit. Il préférerait sa liberté au séjour de la prison; mais il ne se plaint de sa captivité que sous le rapport de l'insuffisance de la nourriture, avouant qu'il y passerait assez bien son temps, s'il lui était possible d'avoir des aliments meilleurs et en plus grande quantité.

Lui ayant parlé de l'habitude qu'il avait contractée de ne pas manger le pain des boulangers de la Cadière, et de ne pas boire l'eau des fontaines du village, il ne m'a jamais nié ces deux faits; mais il m'a toujours dit qu'il faisait cela pour son bon plaisir, et non par crainte d'empoisonnement. Cependant son affirmation sur ce point m'a toujours paru douteuse, et je ne suis pas certain que l'explication qu'il donne soit l'expression réelle de sa pensée.

Depuis qu'il est dans les prisons de Marseille, on n'a jamais constaté des scènes bien marquées d'aliénation mentale; on a constaté seulement ses singularités, son emportement et ses propos décousus, pareils à ceux dont parlent plusieurs témoins. Il se promène quelquefois des heures entières au milieu des autres prisonniers sans leur parler; d'autres fois, il leur adresse brusquement la parole, et interrompt la conversation de la même manière; quelquefois il s'entretient avec quelques uns de diffé-

rentes choses, et leur fait des *raisonnements* qui n'ont aucun sens, et qui étonnent dans la bouche d'un homme d'un âge mûr. Les prisonniers ont été frappés de ce défaut de jugement dans le discours et de son peu de fixité dans les idées, l'ayant vu maintes fois passer d'un sujet à l'autre sans à-propos, et soutenir des choses ridicules sans le moindre fondement. Sans lui avoir vu faire des actes de folie, la plupart l'ont considéré comme étant à moitié fou.

Le gardien de la prison, chargé de surveiller ses actions, m'a parlé plusieurs fois de lui en ces termes : « Il est toujours calme, » à part quelques moments d'emportement ; il ne fait pas de » *folies*, mais en suivant sa conversation et sa manière d'être, » on voit bien qu'il doit y avoir quelque chose de dérangé dans » son esprit. » Les nuits sont bonnes, il a toujours dormi d'un paisible sommeil. Il n'a jamais parlé à personne de la cause de sa séquestration ; il n'a jamais demandé pour quel motif on l'avait envoyé à Marseille. Dans la journée, il passe presque tout son temps à dormir dans un coin ; il ne paraît nullement soucieux, triste et préoccupé de son sort ; il semble vivre dans l'insouciance la plus complète. La seule chose qui l'occupe, c'est sa nourriture, qu'il regarde comme insuffisante ; il n'est jamais rassasié, et quand il a de l'argent pour acheter quelques aliments, il se met à manger avec voracité et d'une manière irrégulière. Ses parents sont venus le voir plusieurs fois, mais, à ce que me dit le gardien, il paraît qu'il ne les a jamais reçus avec cordialité, semblant plus préoccupé des fruits et de l'argent qu'on lui apportait, qu'empressé de demander des nouvelles de leur santé. A la dernière visite qui a eu lieu vers la mi-septembre, il s'est mis en colère contre eux ; il leur a adressé de vilaines paroles et des propos sans aucun sens, à l'occasion d'une simple prière que son frère lui faisait de se faire couper la barbe et de ne porter sur lui qu'un seul pantalon. « Du reste, me dit le » gardien en dernier lieu, je le trouve depuis quelque temps » plus dérangé et plus insouciant que d'habitude, il reste couché

« toute la journée sur la terre, je l'ai trouvé plusieurs fois le soir couché sur le sol à côté de son lit. »

Telles sont les circonstances principales que j'ai constatées dans mes visites successives ; tel est le résultat de l'exploration directe à laquelle je me suis livré, depuis que l'inculpé est soumis à mon observation. Entrons maintenant dans la discussion de ces faits, cherchons à déterminer le véritable état mental de cet homme, et à résoudre les questions qui nous ont été posées par M. le juge d'instruction de Toulon.

3^e *Réflexions générales sur les faits qui précèdent.*

Un premier fait qui résulte de la déposition des témoins et de l'examen direct de l'individu, c'est que l'inculpé a toujours eu une intelligence bornée, un jugement faux, une grande originalité de caractère, et une disposition excessive à l'emportement. Cet état n'est pas de la maladie. Le discernement, quoique affaibli, est encore possible dans cette situation, et l'on ne peut considérer comme privées de raison les personnes qui se trouvent dans ce cas. Mais ces phénomènes moraux annoncent déjà une organisation cérébrale mauvaise, et une disposition très marquée à un dérangement intellectuel. Du reste, sa conduite à l'égard de M. Girard, l'entêtement qu'il mit dans cette affaire, l'impossibilité de lui faire entendre raison sur ce point, ne sont-ils pas autant de preuves qui établissent une viciation naturelle de ses facultés ? Beaucoup d'aliénés offrent un état mental analogue avant le développement du délire. Les uns deviennent malades insensiblement par suite de cette disposition naturelle à la folie ; les autres le deviennent sous l'influence d'une cause occasionnelle, qui est venue se surajouter à la prédisposition native.

Moulinard ne me semble avoir présenté des signes bien évidents d'aliénation mentale que depuis deux ou trois ans environ. Était-il ou non malade lorsqu'il a quitté Marseille pour se fixer

à la Cadière? Cela est impossible à déterminer, comme il est difficile de savoir à quelle cause réelle, à part sa prédisposition, il est permis de rattacher le développement de sa maladie. Mais il est possible que ses contestations avec M. Giraud, qui indiquaient déjà un moral vicié, aient contribué fortement à troubler son intelligence, et à lui donner la persuasion qu'il était réellement en butte à des persécutions. La famille soutient qu'il avait été beaucoup préoccupé de cette affaire, et elle fait remonter à cette époque l'apparition de plusieurs phénomènes que nous allons maintenant analyser. Il est reconnu, du reste, que toute contestation, juste ou mal fondée, peut favoriser le développement du délire chez un individu fortement prédisposé à perdre la raison.

Un des principaux phénomènes, celui qui s'est montré peut-être le premier, c'est un état général de malaise, de lassitude et de souffrance, l'empêchant de travailler, lui faisant dire qu'il est malade, et l'obligeant à vivre dans l'inaction. On a pu croire que c'était de la paresse, l'effet d'un penchant naturel à l'oisiveté. Je pense que c'était déjà de la folie, le premier symptôme de la forme d'aliénation mentale qui commençait à se développer, et que nous chercherons plus loin à caractériser.

Il est très commun de voir cette sorte d'hypochondrie précéder le délire véritable et en constituer la première période de développement. Il faut de l'habitude, un esprit d'observation très exercé, pour reconnaître à ces maux physiques, réels souvent dans le principe, mais quelquefois exagérés ou imaginaires, les premiers signes d'un dérangement intellectuel. Cette période d'incubation est ordinairement assez longue, et elle est toujours marquée par des intermittences plus ou moins prolongées. L'inculpé ne nous a-t-il pas offert ce caractère? Ne l'a-t-on pas vu quelquefois être moins tourmenté et se remettre au travail, comme d'autres fois se plaindre davantage et passer son temps dans l'oisiveté?

La preuve que cet état d'hypochondrie existait réellement se

trouve dans ce fait des consultations qu'il a demandées à plusieurs médecins. Les malades qui se trouvent dans cet état mental ne se lassent jamais de demander des avis, et de solliciter des remèdes contre leurs maux; mais ils n'éprouvent qu'un soulagement très éphémère des médications auxquelles ils se soumettent; il arrive même souvent qu'ils se croient plus malades qu'auparavant, et qu'ils restent persuadés que les remèdes leur ont fait plus de mal que de bien. Un autre caractère propre à cette situation mentale, c'est de voir le malade se créer des explications bizarres et absurdes pour se rendre compte de son mal, et se croire quelquefois sur le point d'expirer, quoique jouissant en apparence d'une bonne santé; c'est de se voir s'ordonner lui-même des remèdes, plus efficaces dans son idée que tous ceux conseillés par les médecins. L'inculpé ne nous a-t-il pas offert ces divers phénomènes à un haut degré? Il disait que sa bile était mêlée au sang, qu'il y avait chez lui une décomposition générale; il s'est cru maintes fois sur le point de succomber à la violence de son mal; il s'est ordonné lui-même une saignée, et il est resté persuadé que cette saignée lui avait sauvé la vie.

Un autre phénomène qui, lorsque le délire fait quelques progrès, accompagne ordinairement le premier état morbide que nous venons de constater, c'est la croyance à des persécutions imaginaires, à des tourments de toute nature, et même à des tentatives d'empoisonnement. L'inculpé se trouve dans ce cas: il a cru et il croit encore que tout le village de la Cadière a juré sa perte; et sans pouvoir préciser tout le mal qu'on lui a fait, ni dire la cause de la haine que tout le monde lui a vouée, il en est entièrement persuadé; il nomme même quelques personnes comme s'étant acharnées contre lui. Tout ce qu'il raconte de M. Durand indique un trouble mental bien caractérisé; mais ce qui le prouverait surtout d'une manière irrécusable, ce serait la constatation de circonstances qui se rapportent à la prétendue tentative d'empoisonnement de Toulon. Le récit qu'il

m'a fait sur ce point à-t-il quelque chose de réel? Est-il le résultat d'une hallucination qui aurait laissé dans son esprit une impression pareille à celle de la réalité? Est-il l'œuvre d'un mensonge habile? En l'état des choses, il est difficile de décider laquelle de ces trois suppositions est la véritable; mais je repousse la dernière pour des motifs que nous exposerons plus loin, bien que le mensonge puisse également se rencontrer chez les fous. Quoi qu'il en soit, les remèdes que l'on conseille en pareil cas dans l'espoir de contenter le moral du malade atteignent rarement, je le répète, leur but; il survient quelquefois un soulagement momentané; mais ce qui arrive le plus souvent, c'est de voir le mal s'exaspérer, et l'aliéné tourner quelquefois des armes meurtrières contre le médecin qui, suivant lui, a augmenté ses souffrances au lieu de les guérir. Ayant cette opinion de M. Durand, il est étonnant qu'il n'ait pas essayé de le frapper de préférence à tout autre!

Sa croyance à des tentatives d'empoisonnement n'est pas douteuse: il en a parlé à ses parents, il en a entretenu un témoin, et cette conviction persiste encore aujourd'hui, s'il faut en croire ce qu'il m'a raconté. Cette habitude de manger toujours seul, de ne pas se nourrir du pain des boulangers, et de ne pas vouloir se servir de l'eau des fontaines du pays, ne me paraît pas être une simple bizarrerie de caractère, mais bien la confirmation des pensées exclusives qui le préoccupaient. Cette conviction est réellement malade, elle constitue un symptôme réel de folie, et elle pourrait suffire à elle seule pour établir l'état d'aliénation mentale de l'inculpé.

Mais Moulinard a donné bien d'autres preuves de dérangement: on l'a vu souvent tenir des propos décousus, sans suite, vides de sens; on l'a entendu parler de M. Giraud en des termes d'une extravagance marquée; on a remarqué en lui une manière de vivre fusolite et des habitudes qui fixaient l'attention de tout le monde; dans la prison de Marseille, ses manières d'être ont fait croire aux personnes qui l'observaient qu'il devait avoir

l'esprit troublé. Un médecin aliéniste qui aurait été à même de l'observer attentivement aurait certainement trouvé dans ses actions une foule d'autres signes de dérangement que n'ont pu constater des personnes étrangères à l'art de guérir.

Ces diverses considérations m'amènent à tirer une première conclusion générale, à savoir que Mouliuard offre les caractères essentiels de cette forme d'aliénation mentale que nous désignons sous le nom de lypémanie ou de folie triste, roulant sur des idées de persécutions et d'ennemis imaginaires. Mais un fou, me dira-t-on, est-il susceptible de raisonnement? Est-il capable de se livrer à des actions sensées? Peut-il préméditer un crime? Est-il possible que sa folie échappe à tout le monde? Oui, je me hâte de répondre, toutes ces circonstances sont possibles; les annales criminelles nous apprennent que la plupart des monomanes homicides avaient toujours été considérés comme sains d'esprit avant la perpétration du meurtre.

Quand le délire est général et qu'il y a excitation cérébrale, désordre dans toutes les facultés, il est facile de reconnaître la maladie, et personne ne doute de sa réalité. Mais il n'en est pas de même quand le délire est partiel et qu'il ne roule que sur une seule série d'idées, car alors il est compatible avec un exercice normal de la plupart des facultés non lésées, avec un calme parfait, une physionomie souvent naturelle, une apparence complète de raison. Il faut quelquefois, dans ce cas, une grande habitude pratique des maladies mentales pour constater la maladie. C'est une grande erreur de croire que l'aliéné n'est jamais susceptible d'actions raisonnables. Il suffit, pour se convaincre du contraire, de visiter les maisons d'aliénés modernes, organisées d'après les nouvelles idées, où se trouvent des ateliers de toute nature et une organisation complète du travail. La préméditation n'est pas également une preuve de la non-existence de la folie. Le fou maniaque atteint d'un délire général tue involontairement sans idée arrêtée ni préparation au crime; mais le monomane conserve assez de facultés pour s'y préparer de

longue main ; il sait prendre des précautions minutieuses pour réussir, et il agit conformément à ce que lui dicte son esprit malade, comme le ferait un homme jouissant de toute sa raison. Ainsi, si toutes ces circonstances sont possibles, et la science ne laisse pas le moindre doute à cet égard, je persiste à croire Moulinard atteint de folie, bien que personne ne s'en soit aperçu, qu'on l'ait vu souvent parler raisonnablement sur plusieurs choses, qu'il se soit livré à des actions sensées, et qu'il ait mis de la préméditation dans la perpétration du crime dont il est accusé.

Mais une question qu'il importe maintenant de résoudre, c'est celle de savoir si cette sorte de mouomanie altérerait les facultés de l'inculpé au point de lui faire perdre la conscience de ses actions ; si le crime qu'on lui impute, autrement dit, est l'œuvre d'un fou ou celui d'un profond scélérat. D'abord un premier fait à rappeler, pour décider cette question de libre arbitre, est celui de l'état primitif de son intelligence, qui, au dire de beaucoup de gens, laissait grandement à désirer. Tout prouve que son jugement était naturellement vicié, et, sans regarder cette viciation primitive comme une excuse complète de ses actions, je suis porté à croire qu'elle devait nuire à l'exercice normal de la volonté, et qu'elle pouvait porter l'individu à des actes incompatibles avec une intégrité parfaite de l'intelligence.

Ce premier point établi, n'est-il pas plus facile de comprendre que la folie survenant dans de telles conditions d'organisation ait été suivie d'une altération complète du libre arbitre ? Moulinard était en proie à une idée dominante, à celle de se croire en butte à des persécutions et à des tentatives d'empoisonnement. Pour lui, cette idée était une vérité. Il paraît avoir eu des hallucinations qui ont dû contribuer à fortifier sa conviction malsaine, et il croyait à tout cela comme aux choses les plus certaines et les plus palpables. Raisonnant dans son point de vue, il a dû être entraîné à une association d'idées vicieuses mais logiques ;

concevoir des projets de vengeance et en méditer l'exécution, conformément à ce que lui dictait sa raison malade, si je puis ainsi m'exprimer.

Dans cet état de monomanie, il y a souvent un combat intérieur entre la saine raison qui repousse toute action coupable, et la conception morbide qui pousse à des déterminations mauvaises. Mais cette dernière l'emporte presque toujours : elle devient, par instants, dominante et impérieuse ; l'impulsion qu'elle produit est si forte, à un moment donné, que, toute réflexion et tout jugement étant impossibles, l'individu atteint de ce délire se laisse aller fatalement à ce que lui dicte son cerveau malade, à des actes, autrement dits, de la plus grande gravité ; ce qui n'empêche point, une fois l'acte commis, que le malade ne revienne à une meilleure appréciation de ses devoirs, et qu'il ne déplore souvent le crime dont il s'est rendu coupable, tout en motivant la cause qui l'a fait agir, tout en persistant à la croire très juste et très fondée. L'inculpé se trouve absolument dans le même cas ; il paraît avoir obéi à une impulsion malade, et aujourd'hui il déplore son meurtre, bien qu'il persiste à regarder sa victime comme ayant fait partie des complots tramés par ses ennemis.

On a remarqué que les monomanes homicides portaient souvent leurs coups sur des membres de leur famille ou sur des personnes contre lesquelles ils ne paraissaient nourrir aucun ressentiment ; c'est ce qui est arrivé dans le cas qui nous occupe. L'inculpé ne s'est pas vengé de ses plus grands ennemis ; il n'a rien fait à M. Giraud ni à M. Durand, quelque convaincu qu'il fût des mauvaises intentions de ces messieurs à son égard. Il est allé, au contraire, donner la mort à un homme qu'il voyait fréquemment, qu'il n'avait jamais menacé, et qu'il ne paraissait pas haïr. Pourquoi l'a-t-il tué ? Pour une petite affaire qui remonte à un grand nombre d'années, et qui n'a jamais paru avoir laissé une impression fâcheuse dans son esprit ; c'est, en d'autres termes, pour un rôle imaginaire qu'il fait jouer à cet

homme, et pour des intentions mauvaises qu'il lui prête sans le moindre fondement. Le choix de la victime, la cause déterminante qui l'a fait agir, l'absence de tout autre motif raisonnable pour expliquer le crime, sont autant de preuves qui établissent la nature du délire, et qui expliquent la perpétration maladroite de l'assassinat.

En face d'un meurtre si atroce, on se demande tout naturellement si l'accusé ne simule pas la folie, si les accusations imaginaires dont il parle ne sont pas feintes; si tout ce qu'il dit n'est pas l'œuvre du calcul, l'œuvre d'un scélérat qui cherche à échapper à la sévérité de la justice. Cette question est assez importante pour être examinée avec le plus grand soin.

D'abord il n'y a pas de simulation dans cette faiblesse native de son intelligence; on l'a toujours vu le même, et quel intérêt aurait-il eu à se faire passer pour tel? Plusieurs faits consignés dans les pièces de la procédure éloignent également toute pensée de simulation. Ce n'est pas dans les prisons que son état d'hypochondrie s'est déclaré et que ses accusations ont pris naissance; tout cela a préexisté au crime, et rien ne prouve qu'il ait eu autrefois intérêt à simuler les divers phénomènes qui ont été remarqués en lui depuis trois ans environ. Une seule circonstance semblerait indiquer la simulation, c'est l'affaire du *poison pris* chez un pharmacien de Toulon, qu'il n'a pas été possible de vérifier. Je ne pense pas, néanmoins, que ce récit soit l'œuvre d'une simulation, car si l'accusé voulait nous en imposer sur ce point et nous faire croire à l'existence d'un dérangement par de prétendues accusations d'empoisonnement, pourquoi affirmerait-il qu'aucune idée de cette nature ne le faisait agir, quand il allait puiser de l'eau en dehors du pays et échanger le pain des boulangers avec celui de sa sœur? Pourquoi ne dit-il pas qu'il s'écartait souvent, pour dîner, de ses compagnons de travail, dans la crainte d'un empoisonnement? Enfin pourquoi repousserait-il toute imputation de folie et s'en défendrait-il si vivement, s'il pensait que ce moyen pût

être une excuse au crime qui lui est imputé? S'il est prouvé que les circonstances signalées par lui dans cette affaire de Toulon n'aient rien de réel, je suis porté à croire, comme je l'ai déjà dit, que son récit est l'œuvre d'une hallucination, d'un rêve maladif qui aura laissé une impression claire et distincte dans son esprit.

Une remarque très juste qui a été faite par les médecins légistes, c'est que les scélérats, sans instruction et d'une condition sociale pareille à celle de l'inculpé, qui veulent se faire passer pour fous, ne simulent pas ordinairement la monomanie, le délire partiel. Ils simulent au contraire le délire général, l'agitation, l'extravagance, les cris, l'incohérence dans les paroles. Ils se livrent à des *folies* de toute nature, pour me servir de l'expression vulgaire servant à caractériser les actes des aliénés. La simulation de la monomanie suppose une instruction et des connaissances que l'inculpé ne possède en aucune manière. Enfin cet état d'insouciance dans lequel vit Moulinard, cet état d'indifférence sur sa position ne serait-il qu'apparent, serait-il l'effet d'une habile simulation? Je ne le pense pas; la physionomie de l'inculpé n'annonce point la feinte. L'insouciance a toujours été et est devenue surtout aujourd'hui le propre de son caractère; cet état d'insensibilité résulte de ce qu'il ne réfléchit point sur sa situation et de ce qu'il apprécie mal les conséquences du forfait dont il s'est rendu coupable. Pareil à beaucoup d'aliénés, il n'est préoccupé d'une manière sérieuse que de ses besoins instinctifs; je suis certain qu'il pense plus à manger qu'à son affaire; il faut la lui rappeler pour qu'il s'en occupe; je n'ai jamais vu sur ses traits la moindre trace de douleur.

De tous les faits que nous venons d'analyser, il résulte pour nous la preuve bien certaine que Moulinard n'est point un scélérat, un homme qui a tué dans un état de perversité morale pour satisfaire une passion ou commettre un vol. Le véritable criminel est toujours mû par un motif facile à saisir, et il ne

devient ordinairement homicide que dans le but de faciliter l'accomplissement d'une autre action coupable. De plus, le criminel cherche d'ordinaire à échapper aux poursuites, et quand il est pris, il nie son crime, ou ne l'avoue qu'avec les plus grandes réticences, s'il se trouve tout d'abord accablé par des preuves certaines. L'inculpé s'est enfui, il n'est rentré que le soir à sa maison, et il a été trouvé couché dans une cuve. Il semble en conséquence avoir pris quelques précautions pour se cacher. Mais est-ce bien ainsi qu'aurait agi un scélérat habile cherchant à échapper à la justice? Son premier soin n'eût-il pas été de jeter l'arme ensanglantée qui avait servi à la perpétration du crime? En gardant le couteau dans sa gibecière, n'était-ce pas conserver la preuve matérielle du crime? Un scélérat n'aurait-il pas cherché à invoquer un *alibi*? Pourquoi n'est-il rentré que le soir et s'est-il couché dans une cuve? N'eût-il pas mieux fait, s'il craignait d'être arrêté pendant la nuit, de rester dans les champs ou de s'enfuir dans un autre pays? Toutes ces actions ne sont pas très réfléchies, et, jointes à l'aveu complet et sans réticence du crime, à la révélation calme et candide en quelque sorte des détails les plus minutieux du meurtre, elles contribuent à prouver que l'inculpé n'est devenu assassin que sous l'influence d'une idée délirante.

En dernière analyse, et comme solution des questions qui m'ont été posées par M. le juge d'instruction de Toulon, je conclus : 1° que Moulinard n'a jamais eu une intelligence très saine, et qu'il a toujours présenté une viciation naturelle du jugement; 2° qu'il a été pris, il y a deux ou trois ans, d'une affection mentale bien caractérisée; 3° que cette affection mentale, consistant, dans le principe, en un état d'hypochondrie, s'est transformée successivement en un délire lyptémanique qui lui a fait croire à l'existence d'ennemis imaginaires, cherchant à le persécuter et à l'empoisonner; 4° que ce délire, marqué quelquefois par des propos découus et ridicules, est toujours resté pour ainsi dire à l'état de monomanie; 5° que

l'inculpé a obéi, en commettant son crime, à une impulsion irrésistible dictée par le délire partiel dont il était affecté; 6° qu'il ne jouissait pas en ce moment de son libre arbitre, et qu'il était incapable d'apprécier la moralité de l'acte auquel il se livrait; 7° que sa monomanie persiste encore aujourd'hui et qu'il est loin en conséquence de jouir en ce moment de toute l'intégrité de ses facultés intellectuelles, quoique ses actions et ses paroles ne présentent souvent aucune apparence de folie.

Je déclare donc, en terminant, que Moulinard n'est point criminel; car l'action de tuer ne constitue pas le crime: c'est le motif coupable qui pousse à l'assassinat qui établit la criminalité. Mais, tout en déclarant que ce meurtre n'est que l'œuvre d'un fou, je certifie, et je le proclame bien haut, que la monomanie de cet homme est très dangereuse, et qu'il y aurait péril pour la sécurité publique de lui accorder sa mise en liberté. Si la justice l'absout et ne le traite pas en criminel, elle doit, à mon avis, prendre des précautions pour l'avenir et ordonner une séquestration perpétuelle dans une maison d'aliénés.

Signé : AUBANEL.

Fait à Marseille le 25 septembre 1847.

L'instruction de l'affaire paraissant terminée après la délivrance de cette dernière pièce, la chambre de mise en accusation du tribunal de Toulon fut appelée, dans le mois d'octobre, à statuer sur le sort de l'inculpé. Elle rendit, en faveur de cet homme, en date du 13 octobre 1847, un arrêt de non-lieu, établissant qu'il n'y avait pas lieu à suivre contre Moulinard, par le motif qu'il était en état de démence. Nous regrettons de ne pas avoir cette pièce en notre disposition pour faire connaître les considérants et les motifs de l'ordonnance qui fut rendue. Mais, dès le lendemain, en date du 14 octobre, M. le procureur du roi de Toulon forma opposition à l'arrêt de non-lieu, et l'affaire fut renvoyée à la décision de la chambre de mise en accusation de la cour d'appel d'Aix.

Cette chambre de la Cour d'appel rendit, le 11 décembre 1847, l'arrêt dont voici la substance.

Arrêt de la Cour d'appel.

Où le rapport fait par M. Dessoliers, premier avocat général, au nom du procureur général, sur la procédure instruite par le juge d'instruction de l'arrondissement de Toulon, contre le nommé Joseph-Mathieu Moulinard, prévenu d'assassinat; vu l'ordonnance de la chambre de conseil, rendue par le tribunal de première instance de Toulon, le 13 octobre 1847, qui déclare n'y avoir lieu à suivre contre Moulinard, par le motif qu'il était en état de démente. Vu l'opposition formée à cette ordonnance par le procureur du roi, près le tribunal de première instance de Toulon, le 14 novembre dernier.

Vu toutes les pièces du procès dont il a été donné lecture par le greffier et qui ont été laissées sur le bureau; vu également la réquisition écrite déposée sur le bureau au nom du procureur général du roi, tendant à ce qu'il plaise à la Cour annuler l'ordonnance de non-lieu rendue par le tribunal de Toulon; faisant droit à l'opposition du procureur du roi, en décerne une nouvelle et déclare qu'il y a lieu à accusation contre ledit Moulinard, à raison du crime d'assassinat qui lui est imputé, et à le renvoyer devant la Cour d'assises du département du Var, pour y être jugé suivant la loi.

Après en avoir délibéré, attendu que l'ensemble des faits et circonstances qui ressortent de la procédure et qui sont déposés dans le réquisitoire de mise en prévention, il résulte contre Joseph-Mathieu-François Moulinard, des charges et indices suffisants pour l'accuser d'avoir, le 23 avril 1847, au territoire de la Cadière, volontairement commis un homicide sur la personne du sieur Jean-Baptiste-Nicolas Matheron; d'avoir commis cet homicide volontaire avec préméditation (ce qui constitue le crime d'assassinat prévu et puni par les articles 295, 296,

297 et 302 du code pénal, et est de la compétence de la Cour d'assises).

Considérant qu'il s'agit d'un assassinat parfaitement constaté, qu'il est également prouvé que c'est Moulinard qui l'a commis *que d'autre part celui-ci n'est pas dans un état manifeste d'imbécillité, de fureur ou de démente; que seulement il résulterait de deux rapports de médecins, qu'il est atteint d'une monomanie furieuse; qu'il n'a jamais été interdit, qu'il a toujours parlé, agi, raisonné comme le commun des hommes; que ce sera donc aux jurés à apprécier l'état de ses facultés intellectuelles et la réalité de cette monomanie; que l'état de démente n'est pas prouvé par les motifs invoqués à l'appui*; la Cour, faisant droit à l'opposition formée par le procureur du roi près le tribunal de première instance de Toulon, le 14 octobre 1847, annule l'ordonnance de non-lieu, rendue le 13 dudit mois d'octobre par la chambre du conseil dudit tribunal de première instance de Toulon, déclare qu'il y a lieu à accusation contre le nommé Moulinard, et le renvoie à la Cour d'assises du département du Var, qui tiendra ses séances à Draguignan, pour y être jugé suivant la loi, à l'effet de quoi il sera dressé acte d'accusation par le procureur général, et les pièces et les procédures seront envoyées au greffe du tribunal de première instance de Draguignan.

Signés : Sept juges de la Cour d'appel d'Aix.

Telles sont les phases que cette longue instruction a suivies ; telles sont les pièces principales de la procédure qu'il importait de faire connaître pour l'appréciation exacte de l'affaire. Conformément à l'arrêt de la Cour d'appel, l'accusé fut traduit devant les assises de Draguignan, et il y a comparu, comme nous l'avons dit en commençant, le 1^{er} février 1848. L'exposition des débats va former l'objet du chapitre suivant.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

1848 (1^{er}, 2^e et 3^e trim.).

Gazette médicale de Paris.

1848 (1^{er}, 2^e et 3^e trim.).

- 4^e *Recherches chimiques sur le sang dans les névroses*, par M. MICHÉA. (Numéros des 4, 11 et 25 mars, et 5 avril.)

Les lecteurs des *Annales* connaissent déjà les conclusions de ce travail lu par M. Michéa à l'Académie des sciences, dans la séance du 26 novembre 1847 (1) ; nous nous bornerons donc ici à examiner plusieurs de ces conclusions qui nous ont paru formulées d'une manière trop absolue. Mais nous dirons d'abord quelques mots des travaux publiés sur le même sujet avant le Mémoire de M. Michéa.

Les études chimiques entreprises sur le sang dans les névroses sont peu nombreuses, et laissent d'ailleurs beaucoup à désirer.

En Allemagne, Hittorf, médecin de l'asile des aliénés de Siegbourg, et Erlemmeyer, médecin de l'asile de Prague, sont à peu près les seuls dont les travaux méritent d'être mentionnés.

Les recherches d'Hittorf se bornent à sept analyses, faites exclusivement chez des malades affectés de *manie aiguë* (2).

Voici les inductions qu'il en a tirées :

1^{er} Dans la *manie aiguë*, le sang ne subit pas dans sa composition chimique des modifications aussi considérables qu'on pourrait l'admettre *a priori* ;

2^e Le sang offre une diminution du chiffre des globules et une augmentation du chiffre de l'eau ;

3^e La manie n'est point la cause de l'altération de proportion

(1) V. *Annales médico-psychologiques*, t. XI, p. 124.

(2) *Dissertatio de sanguine maniacorum*, 1846.

de ces principes du sang. Cette altération dépend de la constitution des sujets ;

4^e Cette forme de la folie n'existe jamais conjointement avec une phlegmasie aiguë.

Les résultats obtenus par M. Erlemmeyer (1) sont de deux sortes. Les uns ont trait à l'influence sur la pathogénie de la folie de différents états organiques préexistants, tels que la tuberculisation, l'inflammation, les maladies du cœur, etc. Nous avons déjà fait connaître cette partie du travail du médecin allemand (2) ; les autres sont relatifs à l'état du sang dans différentes variétés de délire. Voici les conclusions de cette partie du Mémoire de M. Erlemmeyer :

« La crase veineuse (augmentation de la quantité des globules) est très rare chez les aliénés.

« Elle a principalement lieu dans l'idiotie et dans le *delirium tremens*.

« La crase fibrineuse (augmentation du chiffre de la fibrine) est également très rare dans la folie pure, c'est-à-dire dégagée de toute complication susceptible de modifier les proportions de ce principe du sang.

« Des deux espèces de crase séreuse (abaissement de la quantité des globules, et élévation de la proportion du sérum), l'une avec augmentation de la masse du sang qui dispose à l'exsudation de sérosité par les reins et les membranes séreuses, l'autre avec diminution de cette masse, et dont le degré le plus élevé constitue la chlorose ; de ces deux espèces de crase séreuse, la seconde, mais à un degré inférieur à celui de la chlorose, est celle qui est la plus commune chez les aliénés. Elle s'y manifeste par un pouls fréquent et débile, des bruits de souffle dans les artères, une diminution de la quantité des substances solides de l'urine, et elle s'y combine, dans la plupart des cas, avec la pléthore cérébrale, qui, lorsqu'elle est combattue par les émissions sanguines, engendre une asthénie considérable.

« Cette seconde forme de crase séreuse a principalement lieu dans la manie et la monomanie, et elle devient quelquefois la cause de l'aliénation. »

M. Michéa semble faire peu de cas des inductions thérapeutiques que M. Erlemmeyer a tirées de ses recherches ; nous ne

(1) UEBER BLUT DER IRREN. (*Archiv für Physiologische Heilkunde*.) Drittes Heft und Supplement-Heft, page 436-484.

(2) Voir *Annales médico-psych.*, t. X, p. 456.

pouvons être de son avis. Elles s'accordent généralement avec les faits cliniques, et c'est là un point fort important, et qui donne, selon nous, à ces résultats une valeur incontestable.

En France, il n'existe aucun travail étendu sur l'analyse du sang dans les névroses; tout se réduit sous ce rapport à quelques faits isolés.

Ainsi, dans un Mémoire de MM. Becquerel et Rodier (1), on trouve une analyse du sang dans un cas d'éclampsie: il y avait une diminution considérable des globules (70), et de l'albumine (43) (2).

M. E. Marchand de Sainte-Foy a fait sur la composition du sang dans les névroses un travail dont il n'a jusqu'ici publié que les conclusions (3); on ne peut donc guère en tenir compte.

Comme on le voit, l'état de la science est fort peu avancé en ce qui regarde l'analyse du sang dans les névroses. Dans le but d'éclaircir les différentes questions qui s'y rattachent, M. Michéa a entrepris sur ce sujet une série de recherches dont il n'a publié jusqu'ici que celles relatives à la paralysie générale. Examinons en quelques mois les résultats qu'il a obtenus.

Pour ce qui regarde les *faits chimiques*, nous ne pouvons admettre comme légitimes les conclusions de M. Michéa. Prenons par exemple sa seconde proposition. Sur 16 analyses, l'auteur a

(1) *Recherches sur la composition du sang dans l'état de santé et de maladie*. (Voy. *Gazette médicale de Paris*, 1844, numéro 51, p. 815.)

(2) Pour éviter à nos lecteurs des recherches qui leur seraient nécessaires pour apprécier la valeur des résultats numériques que nous donnons ici, nous leur rappellerons que, d'après les analyses les plus généralement admises, la composition chimique du sang dans l'état physiologique est la suivante: Sur 1,000 parties, il y a:

	Maximum.	Moyenne.	Minimum.
Eau	790	790	790
Fibrine	3,5	3	2,5
Globules	440	127	110
Albumine	"	72	"
Matières extractives et sels . .	"	8	"
Matières grasses	"	8	"

Mais nous devons ajouter que ces résultats physiologiques peuvent être modifiés d'une manière très notable par le tempérament, la constitution; l'âge; le sexe, l'alimentation, les évacuations sanguines spontanées ou artificielles, etc. Il faut donc, pour se prononcer sur la valeur absolue d'une analyse, tenir compte de toutes ces conditions, et n'avoir égard d'ailleurs qu'à des résultats parfaitement tranchés.

(3) V. *Annales médico-psychologiques*, t. X, p. 287.

trouvé le chiffre des globules cinq fois supérieur, ou égal à 148; cinq fois inférieur, ou égal à 108, et six fois oscillant entre les limites normales. Il est vrai de dire que, dans deux cas de cette dernière catégorie, le sang analysé provenait d'une deuxième saignée (la première avait été pratiquée la veille), et le chiffre obtenu, 138, n'est point le chiffre réel. Mais cela ne ferait encore que 7 cas sur 16 où le chiffre des globules aurait été trouvé supérieur ou égal à 148; et nous devons ajouter que dans l'observation 11 de la deuxième série, le chiffre 148 des globules obtenu par M. Michéa est inférieur au chiffre 151 regardé comme physiologique par MM. Bécquerel et Rodier (1), et est d'ailleurs en rapport avec la forte constitution et le tempérament sanguin du malade.

Ce que nous venons de dire de la deuxième proposition de l'auteur, nous pourrions le répéter à peu près sans exception pour toutes les autres. Avec un si petit nombre de faits, et surtout avec des résultats aussi peu tranchés, M. Michéa a eu grand tort, selon nous, de conclure d'une manière aussi absolue; il était de notre devoir d'en prévenir nos lecteurs, que ces conclusions, trop nettement formulées, auraient pu facilement induire en erreur.

Si donc les inductions pathologiques et thérapeutiques que M. Michéa a placées à la suite de ses faits cliniques reposaient uniquement sur ces derniers, ils offriraient fort peu de garantie; mais il est facile de se convaincre, en les lisant, que l'auteur a surtout consulté les résultats de sa pratique personnelle. Aussi, bien que nous ne partagions pas en tout point sa manière de voir à cet égard, devons-nous dire que ces inductions sont pour la plupart conformes aux faits et à la pratique journalière. Si des propositions de cette nature n'ont pas la certitude des sciences exactes, elles ont au moins la probabilité qu'on peut seule demander dans les sciences naturelles, et que donne avant tout l'observation clinique.

2° *Noie sur un cas d'hystérie chez l'homme*, par M. MOUCHET.
(Numéro du 28 février.)

Nous reproduisons cette observation sans commentaires, laissant nos lecteurs juges de la question de diagnostic que soulève l'observation de M. Mouchet.

« Stenlier (Tribault), Alsacien, âgé de dix-neuf ans, cheveux blonds, peau fine et blanche, constitution lymphatico-sanguine, est

(1) *Loc. cit.*

pris subitement, dans la matinée du 13 septembre, de céphalalgie intense avec alternatives de frissons et de chaleur. Dans la journée, ces accidents prirent un caractère inquiétant; le soir, il y eut du délire. Il fut apporté à l'hôpital à trois heures du matin; son billet d'entrée portait: fièvre pernicieuse. Ce jeune homme appartenait à un corps récemment rentré d'Afrique. Ce jugement paraissait fort raisonnable; cependant les chirurgiens de garde (deux docteurs en médecine), après un long et sérieux examen, se bornèrent à promener des révulsifs sur les extrémités.

« A ma visite, le matin 14, je le trouvai dans l'état suivant: Stenfler est assis sur son lit, il pousse des cris particuliers, *té, té, té!* Je l'interroge; il ne me répond pas d'abord, mais ses cris cessent, et alors il me dit que le col, portant le doigt sur le larynx, lui fait mal, que la poitrine est douloureuse, que pendant la respiration l'air entre facilement, mais que la sortie en est fort difficile. Ces explications durent une ou deux minutes, et les cris recommencent. Un moment de calme revient, et alors il continue; « il crie malgré lui, » il voudrait parler; mais, malgré tous ses efforts, il ne peut y parvenir. » Il a des borhorygmes; les parois abdominales sont douloureuses. Pas de soif, langue nette, piliers du voile du palais, épiglote, partie supérieure du pharynx d'un rouge livide. Pendant le calme, ventre souple, mais toujours de la constipation; figure tranquille, pupille dilatée, pouls normal. Pendant le calme, l'air entre librement dans la poitrine, et, en prêtant une grande attention, on entend pendant les cris, en arrière, beaucoup plus difficilement en avant, un bruit semblable à celui produit par l'air chassé entre les dents fortement serrées. Il semble qu'une colonne d'air parcourt un cylindre profondément situé. On n'entend naitre et mourir que le bruit bien faible et bien doux.

« Suivant son habitude, ce malade s'était livré la veille à de copieuses libations.

« Dans la soirée, les cris deviennent continus; il ne peut répondre à ses camarades. Le pouls s'est développé, a pris de la force, de la fréquence. Chaleur, figure colorée. A six heures du soir, tout cesse. Bonne santé, sommeil.

« 15. Le lendemain, Stenfler répond mieux à nos questions; il accuse dans le larynx la sensation d'un corps qui monte et descend; douleur qui part de l'abdomen et se propage dans la poitrine. Pas de selles depuis trois jours; peu de soif; déglutition pénible, pouls un peu développé. Le soir, les cris ont recommencé.

« 16. Grande amélioration. Sommeil; pouls tranquille; deux selles; convulsion de tous les muscles du côté droit, depuis la cuisse jus-

qu'à l'épaule; sensibilité fortement diminuée du même côté. On peut pincer le malade sans qu'il en ait la conscience.

» 17. Chaleur; fréquence du pouls; le côté droit paraît plus faible que le côté gauche. Le malade est couché en arc de cercle (pleurosthotonos). L'engage-t-on à se lever sur son séant, il se retourne lentement, s'incline encore plus à droite, comme pour prendre un point d'appui, oscille avant de reprendre sa rectitude normale; cependant il soulève ses deux bras, le gauche semble prêt à venir en aide au côté droit.

» 18. Mieux; plus de céphalalgie, plus de cris, réponses claires, pouls calme; les convulsions ont diminué; appétit.

» 19. Plus de convulsions; tout est rentré dans l'ordre. Le malade se promène toute la journée; les selles sont régulières.

» Le 20, il mange le quart; le 23, la demie, et le 27 il sort parfaitement rétabli. »

3° *Quelques observations nouvelles sur l'emploi des bains prolongés et des irrigations continues dans le traitement des formes aiguës de la folie, et en particulier de la manie; par M. BRIERRE DE BOISMONT. (Numéro du 22 mars.)*

Ce mémoire diffère peu de celui que M. Brierre de Boismont a lu à l'Académie de médecine, dans sa séance du 15 septembre 1846 et dont nous avons déjà donné les conclusions (1); voici cependant quelques propositions nouvelles que nous trouvons formulées dans ce second mémoire :

1° Le ralentissement de la circulation et de la respiration, l'introduction d'une grande quantité d'eau dans l'économie, la réfrigération générale et graduée, démontrent que ces bains ont une action essentiellement calmante et sédative.

2° La période de convalescence doit être surveillée avec soin, parce que les rechutes ne sont pas rares, lorsque les individus sont trop brusquement exposés à l'influence des causes qui ont occasionné la maladie.

3° Lorsque la manie aiguë se rapproche du délire aigu à forme ataxique et avec refus des boissons, le traitement est sans efficacité.

4° Les bains prolongés et les irrigations continues nous paraissent devoir être très utiles dans les affections hystériques et dans plusieurs autres maladies nerveuses avec excitation.

5° Les bains prolongés sont sans inconvénients; la fatigue qu'ils

(1) V. *Annales médico-psychologiques*, t. VIII, p. 456.

peuvent déterminer se dissipe avec rapidité; ils ne privent l'organisme d'aucun principe important, et ne laissent point après eux ces débilitations profondes, si souvent observées après les saignées abondantes et dont la démence a été plus d'une fois la terminaison fatale.

Les sujets du premier mémoire de M. Brierre étaient au nombre de 72, sur lesquels 61 avaient guéri après un traitement qui pour les trois quarts n'a pas dépassé huit jours, et qui pour les autres ne s'est pas prolongé au-delà de deux semaines.

Depuis la lecture de ce premier mémoire, l'auteur a recueilli 25 nouvelles observations dont 6 manies aiguës, 7 excitations maniaques et 9 monomanies aiguës. Le résultat du traitement a presque constamment été favorable.

La médication employée par M. Brierre est loin d'être nouvelle; mais nous devons dire que personne jusqu'ici ne l'avait formulée aussi nettement et surtout ne l'avait étayée d'un aussi grand nombre de faits. Nous ne pouvons que l'en féliciter, car nous croyons, avec le plus grand nombre des aliénistes, que les bains frais prolongés avec irrigations continues, sont un des meilleurs modes de traitement de la période d'acuité des aliénations mentales.

4^e *De l'emploi de l'électricité galvanique dans le traitement de certaines paralysies des membres inférieurs*; par M. C. JAMES. (Numéro du 18 mars.)

L'électricité galvanique est depuis longtemps déjà employée dans le traitement de la paralysie, et plusieurs fois nous avons eu l'occasion d'en parler dans ce journal. Les considérations dans lesquelles M. James est entré à ce sujet ne font que confirmer les bons effets de cette médication dans les paraplégies essentielles, c'est-à-dire ne dépendant d'aucune maladie organique de la moelle ou de ses enveloppes.

M. James emploie de préférence l'appareil électro-magnétique de Clarke, dont l'action est très douce et peut être plus facilement graduée. Il place le pôle zinc au niveau des vertèbres lombaires, et le pôle cuivre à la tête du péroné, point où le nerf sciatique est le plus accessible au fluide. Il n'a d'ailleurs recours aux aiguilles que lorsqu'il a acquis la preuve que l'électricité est bien supportée. Il est rarement utile de l'administrer sous forme de courant continu; mieux vaut agir d'une manière intermittente en variant les doses du fluide que l'on augmente progressivement, tout en évitant de donner de violentes secousses.

Le mieux ne se fait généralement sentir que quelques heures après la séance, parfois même le lendemain. Quand, au bout d'un certain temps, l'amélioration paraît s'arrêter et le mal rester stationnaire, il faut suspendre les séances et ne les reprendre qu'au bout d'une ou deux semaines.

Pendant la durée du traitement les malades devront suivre un régime fortifiant, imprimer plusieurs fois par jour des mouvements aux membres paralysés, et les faire frictionner rudement ainsi que la colonne vertébrale, avec une brosse sèche ou imbibée d'un liniment ammoniacal; les eaux minérales sulfureuses, parfois même les bains de mer, seront fort utiles pour compléter la guérison.

5° *Description nouvelle du ganglion sphéno-palatin ou de Meckel, avec quelques recherches sur le reste du grand sympathique; par M. Gros. (Numéro du 18 mars et des 3 et 10 juin.)*

Mémoire consciencieux, qui n'est que la première partie d'un travail beaucoup plus étendu que l'auteur se propose de publier prochainement sur le système ganglionnaire en général. M. Gros critique la description que Meckel a donnée du ganglion qui porte son nom et l'application qu'il a faite au système ganglionnaire des déductions qu'il a tirées de la composition anatomique de ce renflement nerveux. Pour M. Gros, les ganglions sympathiques constituent autant de systèmes à part, communiquant toujours entre eux, et donnant naissance à de nombreux nerfs gris qui s'associent à ceux de la vie animale. L'auteur distingue dans le ganglion de Meckel deux parties : l'une, inférieure et adhérente, fournit des filets qui s'unissent promptement aux nerfs nasaux et palatins; l'autre, supérieure et libre, non encore décrite, que M. Gros nomme orbito-caverneuse, représente probablement, selon lui, le système nerveux nutritif de l'appareil visuel et donne au ganglion sphéno-palatin son caractère d'individualité.

6° *Observation de céphalée intermittente causée par un épanchement de sang entre la dure-mère et son arachnoïde pariétale; par M. DUBOIS, de Neuchâtel. (Numéro du 15 avril.)*
 Voy. *Ann. méd.-psych.* t. XI, p. 417.

7° *Observation de méningite cérébrale, suivie d'invagination intestinale et d'expulsion par l'anüs de seize pouces d'intestin gangrené; guérison; par M. V. Guillemin, de Rombas. (Numéro du 26 avril.)*

Observation curieuse, mais dont il serait difficile de donner une analyse. Les symptômes, en ce qui concerne l'affection cérébrale, n'offrent d'ailleurs de particulier que leur extrême gravité. Cette méningite survenue un mois environ après une deuxième grossesse fort laborieuse, fut combattue avec succès par un traitement antiphlogistique et révulsif très énergique.

8° *Méningite cérébro-spinale. — Invasion dans la garnison d'Orléans, pendant l'hiver 1847-1848; par M. Eus. CORBIN, d'Orléans. (Numéros des 3 et 10 juin.)*

Excellent travail, plein d'aperçus ingénieux et d'observations judicieuses; en voici les conclusions :

1° Dans la maladie dite méningite cérébro-spinale, qui a régné épidémiquement depuis dix ans, notamment dans certaines garnisons, l'inflammation s'étend quelquefois jusqu'aux centres nerveux, notamment à la moelle qui se ramollit. C'est une cérébro-spinite, ou plus rigoureusement une méningo-myélite, une méningo-encéphalite.

2° La maladie règne surtout l'hiver, et paraît provenir principalement de l'encombrement, de l'altération de l'air, peut-être d'une température artificielle trop élevée : d'où résulte, comme moyen préventif, la nécessité des conditions hygiéniques inverses.

3° Le traitement rationnel doit être antiphlogistique et révulsif.

4° Des circonstances spéciales, ce qu'on appelle le génie épidémique, pourraient appeler une médication spécifique, l'opium, qui a été si utile dans la seconde moitié de l'épidémie d'Avignon.

9° *Note sur un cas de dégénérescence tuberculeuse de la dure-mère spinale, et lésion de la moelle épinière à l'origine du nerf de la huitième paire, ayant successivement paralysé les fonctions de ses divisions dans l'ordre suivant : d'abord celle du nerf spinal, puis du glosso-pharyngien, et enfin du pneumo-gastrique, reconnues pendant la vie; signes diagnostiques et lésions pathologiques concordantes trouvées à l'ouverture du cadavre; par M. TOULMOUCHE. (Numéro du 8 juillet.)*

La longueur du titre de cette observation nous dispense d'entrer dans plus de détails.

10° *Nouvelles expériences sur les deux mouvements du cerveau, le respiratoire et l'artériel* ; par M. FLOURENS. (Numéro du 22 juillet.)

M. Flourens n'avait jusqu'ici reconnu dans ses expériences que le mouvement respiratoire du cerveau ; il avait nié le mouvement artériel. De nouvelles recherches l'ont convaincu qu'il existait en effet, comme l'a parfaitement indiqué Haller, deux mouvements du cerveau : 1° le *respiratoire* que tous les anatomistes attribuent au flux et au reflux alternatif du sang veineux. Mais tandis que Haller et Lamure professent que ce flux et reflux se fait par les veines jugulaires, M. Flourens pense que la principale source du sang veineux qui, par son reflux produit le gonflement du cerveau, se trouve dans les deux grands sinus veineux vertébraux : 2° et le mouvement *artériel* qui, d'après les expériences de M. Flourens dépend de l'afflux du sang artériel qui se fait au cerveau à chaque contraction du ventricule gauche du cœur.

11° *Du traitement interne du tétanos, et en particulier de l'emploi de la teinture de belladone en frictions* ; par M. Ch. BRESSE. (Numéro du 30 septembre.)

Ce travail n'est qu'un extrait d'une excellente thèse que M. Bresse a fait sur cette question. Nous n'avons donc pas à nous en occuper ici.

12° *Emploi de la cautérisation syncipitale contre l'épilepsie* ; par M. LEBRETON. (Même numéro.)

Nous dirons de ce mode de traitement ce que l'on peut dire de presque tous les remèdes employés contre l'épilepsie. C'est une affection qu'il est assez facile de guérir momentanément, ou plutôt dont on peut retarder les accès pendant un ou plusieurs mois. Mais dès que le traitement est interrompu et quelquefois même pendant l'administration du prétendu spécifique, on voit tout à coup reparaître les accès, et le plus souvent alors ils sont plus violents et plus terribles que jamais. Nous n'en reproduirons pas moins l'observation de M. Lebreton, qui est d'ailleurs fort intéressante.

« Au commencement du mois de juin dernier, le nommé Jameau, âgé de vingt et un ans, habitant Saint-Gratien, vallée de Montmorency, est venu me consulter pour une ophthalmie suraiguë, pour

laquelle je lui conseillai une saignée. Par hasard son père, qui l'accompagnait, me dit que son fils tombait du haut mal depuis huit ans et avait une crise tous les jours; il en était résulté un état d'hébétéude qui se peignait sur le visage de Jameau, et qui l'empêchait même de travailler.

» Il revint huit jours après : les yeux étaient guéris; les accès d'épilepsie avaient été plus fréquents, plus violents.

» Je lui appliquai sur le sommet de la tête un cautère actuel de 2 lignes de diamètre; l'application a duré vingt-cinq secondes, et la pression du cautère était faite de manière à ne pas intéresser toute l'épaisseur de la peau.

» Je lui conseillai de revenir au bout de huit jours. Il revint : il n'avait pas eu un seul accès. Je fis une seconde application du cautère actuel, en suivant la direction de la suture. Il revint encore au bout de huit jours : point d'accès, nouvelle application du cautère. Cette fois je lui dis de ne revenir qu'au bout de douze jours. Il revint : point d'accès; nouvelle application du cautère, plus superficiellement. J'exigeai qu'il revint au bout de quinze jours; le malade ne croyait plus à cette nécessité, se prétendant tout à fait guéri. En effet, son intelligence aussi bien que ses forces se sont développées : Jameau parle, cause, travaille.

» Je l'ai revu le 5 septembre, et voilà ce qu'il m'a raconté. Jusqu'au 1^{er} septembre, par conséquent pendant trois mois, il n'a pas eu une seule crise. Ce jour-là, à la suite d'un reproche qu'il adressait à son frère, ce dernier lui a porté dans la poitrine un coup de poing si violent qu'il fut renversé sur le dos; la tête frappa le pavé, il eut immédiatement une petite attaque de deux minutes, et Jameau est convaincu que sans cela il n'aurait rien eu, car il se sent parfaitement guéri, non pas seulement parce qu'il n'a plus d'attaques, mais par le bien-être qu'il ressent dans la tête. Ce sont ses expressions que je répète; toutefois je lui ai fait une nouvelle cautérisation; et je l'ai engagé à revenir dans quinze jours.

» Le 21 septembre, il n'y avait pas eu de nouvelle attaque. Le malade a été cautérisé de nouveau. »

L. LUNIER.

(La suite au prochain numéro.)

JOURNAUX ANGLAIS.

§ 1845, 1846 et 1847.

(Suite (2)).

The Lancet. Journal hebdomadaire.

1845, 1846 et 1847.

- 1° Leçons sur les maladies du cerveau et sur la folie, faites à la Salpêtrière par M. BAILLARGER, et recueillies par M. R. BARNES. (1^{er} trimestre 1845.)
- 2° Sur l'origine, les progrès et les mystères du mesmerisme dans tous les temps et dans tous les pays; par M. RADCLYFFE HALL. (1^{er} et 2^e trimestre 1845.)
- 3° Nature et traitement du tic douloureux; par M. VEAGH.
- 4° De la loi d'association entre les nerfs sensitifs et les nerfs moteurs; par M. PIDDUCK.
- 5° De l'apoplexie comme cause de mort subite; par M. SEMPLE.
- 6° Remarques sur l'emploi de la strychnine dans la chorée.
- 7° Cas de tétanos traumatique guéri par le vin et l'eau-de-vie à larges doses, et d'autres moyens; par M. WILSON.
- 8° Cas de convulsions puerpérales dépendant de l'irritation de la vessie; par M. VINES.
- 9° Traitement de la névralgie faciale; par M. GOWER. (2^e trimestre 1845.)
- 10° Cas d'hydrocéphale aiguë traitée avec succès; par M. BUTLER. (Juillet 1845.)
- 11° Sur quelques phénomènes inaccoutumés observés durant une attaque d'épilepsie; par M. W. TRIBE. (Juillet 1845.)
- 12° De la périodicité des névroses; par M. PIDDUCK (Août 1845.)
- 13° Du traitement des névralgies par l'iode; par M. CLARKE.
- 14° Cas de tumeur fongueuse à la base du cervelet; amaurose; par M. TAYLOR. (Septembre 1845.)

1) V. le dernier numéro des *Annales*.

15° Cas d'action réflexe du cerveau; par M. COWAN.
(Octobre 1845.)

Il y a quelques années, plusieurs anatomistes anglais engagèrent, sous forme de correspondance, dans les journaux de médecine, et en particulier dans *the Lancet*, une discussion intéressante sur la question de l'action réflexe du cerveau. Le fait dont il s'agit ici est une observation adressée au docteur Laycock, à l'appui de l'opinion soutenue par ce dernier sur la réalité de l'action réflexe du cerveau. Voici ce fait en quelques mots :

Une dame était prise subitement de secousses convulsives dans les muscles du dos d'abord, puis des bras et des jambes, toutes les fois que l'ouïe ou la vue étaient affectées, même très légèrement, par exemple, par l'ombre d'un oiseau passant dans les airs, une oscillation de la flamme d'un foyer, un bruit léger, surtout inattendu, etc.; les organes de la voix étaient en même temps affectés, et un cri involontaire se faisait entendre. Tous ces phénomènes avaient lieu sans émotion aucune. La sensibilité tactile était également développée, mais moins que la motilité. Cet état variait d'ailleurs très rapidement, et parfois rien de tout cela ne se produisait. Les facultés mentales étaient intactes, et la malade exerçait sur elle-même un grand empire. Ces phénomènes n'étaient accompagnés d'aucune impression douloureuse ni dans les yeux, ni dans les oreilles, ni dans la tête.

Nous nous sommes un peu étendu sur cette observation pour qu'on voie combien est difficile à résoudre la question soulevée par les anatomistes anglais. Ne sommes-nous pas tous les jours, en effet, témoins de phénomènes quelque peu analogues à ceux que nous venons de signaler, et ne les rattachons-nous pas habituellement à une tout autre cause qu'à une action réflexe? C'est, qu'en effet, la détermination de la nature d'un grand nombre de mouvements convulsifs légers offre une extrême difficulté, et que, dans l'état actuel de la science, il est à peu près impossible de bien s'en rendre compte.

16° Sur la dualité de l'âme; par M. WIGAN. (Octobre 1845.)

17° *Delirium tremens*; empoisonnement par le landanum; érysipèle; guérison; par M. Ryan. (Novembre 1845.)

18° Commotion du cerveau, suivie de paralysie du moteur oculaire commun d'un seul œil; par M. TUORNY. (Novembre 1845.)

Les symptômes de la commotion cérébrale disparurent rapide-

ment, et il ne resta que la paralysie du moteur oculaire commun, qui céda à l'électricité employée pendant vingt jours.

19° Sur la physiologie du système nerveux; par M. COPLAND.
(Novembre 1845.)

20° Cas de suspension du sentiment, des sens et de la faculté de parler; par M. DUNN.

21° Du traitement de l'épilepsie; par M. O'SHEA.

22° Remarques pratiques sur le traitement de l'aliénation mentale, par un chirurgien d'un asile d'aliénés. (Décembre 1845.)

23° Faits et arguments à l'appui du système du *no-restraint* chez les aliénés; par M. W. SMITH. (Janvier 1846.)

24° Observation de tétanos traumatique guéri; par M. SANDWITH.
(Janvier 1846.)

Le traitement employé consista en saignées répétées, mercure, émétique, opiacés, séné, et autres purgatifs d'un usage fort répandu chez nos voisins d'outre-mer.

25° Cas d'épilepsie consécutif à une commotion du cerveau; par M. W. ANDERSON. (Février 1846.)

26° Cas d'altération du cerveau à la suite de la ligature de la carotide; par JOHN VINCENT. (Février 1846.)
(Voy. *Annales médico-psychologiques*, t. VIII, p. 274.)

27° Sur la non-dualité de l'âme; par M. CATTEL. (Février 1846.)

28° Sur l'action réflexe; par M. ANDERSON. (Février 1846.)

29° Cas de tétanos guéri; par M. PRESHAN. (Février 1846.)

30° Cas de convulsions puerpérales traitées avec succès par la saignée et l'opium; par M. BOZE.

31° Cas de carcinôme des membranes du cerveau, ayant produit le ramollissement et l'absorption de la substance cérébrale de l'hémisphère gauche; par M. HERAPATH.

32° Cas de tétanos et de paralysie; par M. BASCONE. (Mars 1846.)

33° Cas grave de chorée ; par M. BRYANT. (Mars 1846.)

34° Cas de tétanos où l'aconit fut administré ; par M. W. NEWTON.
(Mai 1846.)

L'administration de la teinture d'aconit, à la dose de 40 gouttes, n'empêcha point le malade de mourir. Il avait été pris de tétanos traumatique à la suite d'une plaie contuse du gros orteil.

35° Anesthésie traitée par l'électro-magnétisme ;
par M. CHRISTOPHERS.

L'application de l'électro-magnétisme à la paralysie du sentiment est un fait, sinon nouveau, au moins fort peu connu, et le succès rapide qu'a obtenu M. Christophers dans un cas d'anesthésie presque générale mérite d'être noté.

36° Sur l'anatomie du système excito-moteur ;
par M. MARSHALL-HALL.

Ce mémoire n'est qu'un simple exposé de la doctrine de l'auteur et des faits qui militent en faveur de sa manière de voir. Nous en dirons plus loin quelques mots.

37° Sur le mauvais effet des saignées générales dans le traitement des aliénés ; par M. SMITH.

Ce travail n'est guère susceptible d'analyse.

38° Du sommeil et de ses effets sur l'organisme ; par M. WALSH.

39° Sur l'hydrocéphale aiguë ; par M. THOMSON.

40° Sur les affections deuto-névralgiques ; par M. CASTLE.

41° Sur les ganglions et les nerfs du cœur, et sur leur analogie avec ceux de l'utérus ; par M. ROBERT LEE.

42° Cas de fracture du crâne, avec hernie consécutive du cerveau ;
par M. G. HARVEY.

43° Kyste hydatique du cerveau ayant causé l'amaurose et la mort ; par M. BERNCASTLE.

44° Sur les critiques dirigées contre la phrénologie ;
par GEORGE COMBE.

45° De la distribution de l'électricité dans notre globe, avec une théorie sur l'influence particulière du climat sur nos facultés mentales; par M. LAKE.

46° De l'action de l'atropine dans les affections douloureuses de la face; par M. P. BROOKES.

L'auteur rapporte une observation de névralgie faciale qui, après avoir résisté à tous les moyens usités en pareil cas, céda, au bout de deux jours, à des onctions faites avec une pommade ainsi composée : atropine, 0,25; axonge, 12 grammes; essence de roses, 1 goutte. L'application de la pommade produisit une très grande dilatation de la pupille. M. Brookes croit que l'atropine est celle des préparations de belladone qui produit le plus rapidement cette dilatation.

47° Sur le traitement de la névralgie faciale;
par M. H. ALLNATT.

Une névralgie intense des branches du nerf trifacial, qui affectait une périodicité irrégulière, disparut sous l'influence probable de purgatifs énergiques longtemps répétés.

48° Affection névralgique de la tête et de la face, traitée par l'inhalation de l'éther; par M. A. SEMPLE.

Il s'agit dans cette observation de la disparition, sous l'influence des inhalations éthérées, d'un accès de névralgie intense de tout le côté droit de la tête qui durait depuis plusieurs années; il est malheureusement fort probable qu'il surviendra bientôt de nouveaux accès.

49° Sur les affections convulsives des enfants de tout âge;
par M. MARSHALL HALL.

50° De l'application du trépan au traitement d'une aliénation mentale, résultant d'un enfoncement du crâne; par M. LOCKHART ROBERTSON.

Un enfant de treize ans, à la suite d'une chute sur la tête, avait été atteint d'une espèce de manie sur-aiguë. Au bout de six semaines le désordre des facultés intellectuelles avait disparu; mais le malade resta tellement violent et intraitable qu'on fut obligé de le séquestrer. Il y avait neuf ou dix ans que l'état de ce jeune homme

était à peu près le même quand il entra, le 10 février 1845, dans l'asile des aliénés de Cumberland.

Lors de son entrée, il accusait une douleur violente dans le point de la tête sur lequel il était tombé. A part quelques idées fausses, son intelligence était saine; mais il était toujours violent et taciturne.

M. Robertson, ayant découvert une petite dépression dans le point douloureux, résolut d'y pratiquer une couronne de trépan. L'opération fut exécutée par M. Furness, le 3 janvier 1846. La partie osseuse enlevée était saine, mais présentait les traces d'un enfoncement.

A partir du 1^{er} février l'état moral du malade se modifia considérablement, la douleur de tête ne se fit plus sentir, et le 20 mars il fut renvoyé complètement guéri.

Le fait dont nous venons de rapporter les principales circonstances est curieux à plus d'un titre. Sans aucun doute l'application de la trépanation à des affections de l'encéphale qui semblent reconnaître une lésion de son enveloppe osseuse, n'est point un fait nouveau, et il y a peu de temps encore que nous signalions l'emploi de ce moyen dans un cas d'épilepsie; mais ce qui mérite au moins tout autant d'être noté et peut être regardé comme un résultat fort heureux, c'est la guérison presque instantanée d'une affection mentale datant de près de dix ans.

51^e Théorie des maladies convulsives et spécialement de l'épilepsie; par M. MARSHALL HALL.

Ce mémoire est sans contredit un des travaux les plus remarquables du célèbre physiologiste anglais. Malheureusement, sa théorie des affections convulsives repose sur des données anatomiques et physiologiques qui lui appartiennent en propre et qu'il faut nécessairement connaître pour comprendre cette théorie. Nous sommes donc forcé d'entrer ici dans quelques détails anatomiques.

Presque tous les physiologistes admettent aujourd'hui que la moelle épinière et son prolongement encéphalique renferment des cordons exclusivement sensitifs, d'autres exclusivement moteurs, et que de ces cordons portent, soit dans le crâne, soit dans le canal rachidien, des racines nerveuses qui sont également sensitives ou motrices selon leur point de départ. Les expériences tentées sur les animaux vivants et certains faits pathologiques, semblent également avoir établi que l'irritation des nerfs sensitifs se communiquant à la moelle y produit un ébranlement plus ou moins considérable, dont le résultat est d'irriter les nerfs moteurs qui naissent

du même point ou dans le voisinage, et de déterminer ce qu'on appelle des mouvements réflexes. C'est ici que l'opinion de M. Marshall-Hall diffère de celle des physiologistes français. Ce célèbre anatomiste prétend que ce *pouvoir réflexe*, cette *propriété excitomotrice* de la moelle est dévolue à un système de fibres particulières, qui comprend : des *nerfs excitateurs*, des *nerfs moteurs* ou réfléchis, et une moelle épinière spéciale, qui unit entre eux ces deux ordres de nerfs. D'après M. Marshall-Hall, l'encéphale et les nerfs crâniens ne participent donc en rien aux mouvements réflexes. Nous avons vu plus haut que telle n'est point la manière de voir de plusieurs de ses compatriotes,

Ceci posé, essayons d'exposer aussi nettement que possible la théorie de M. Marshall-Hall, en ce qui concerne l'épilepsie, dont il s'occupe presque exclusivement dans son mémoire.

D'après l'auteur anglais, la convulsion épileptique reconnaît pour cause une excitation du centre nerveux rachidien, soit directe, soit par l'intermédiaire des nerfs excitateurs. De là deux variétés d'épilepsie : 1^e forme *directe* dans laquelle l'irritation du centre nerveux rachidien est le résultat soit d'un état pathologique intracrânien, soit d'un ébranlement produit par une grande émotion, un violent effort ou des excès vénériens ; 2^e forme *réflexe*, que l'irritation ait pour point de départ une muqueuse, telles que les muqueuses digestive, vésicale, utérine, ou bien une séreuse encéphalique ou autre.

Dans tous les cas, que l'irritation du centre nerveux rachidien soit médiate ou immédiate, il en résulte la contraction convulsive d'une certaine classe de muscles tout à fait spéciale ; et enfin comme conséquence de cette contraction, survient au cou, par exemple, une compression des veines jugulaires et par suite une congestion du cerveau et de la face ; c'est ce que l'auteur appelle le *sphagiasmus* (de *sphagitides*, veines jugulaires de Celse). L'occlusion du larynx sous l'influence de cette même contraction a reçu le nom de *laryngismus* ; c'est le *petit et le haut mal* des auteurs français.

Il est facile de voir qu'à part les particularités qui résultent des idées physiologiques qui lui sont propres, la théorie de M. Marshall Hall, en ce qui concerne l'épilepsie, se rapproche beaucoup de celle que M. Dubois d'Amiens, et surtout Romberg (1), ont voulu faire prévaloir pour expliquer les phénomènes de l'hystérie ; elle a du reste, comme cette dernière, le tort de s'appuyer beaucoup plus

(1) V. *Annales médico-psych.*, t. VIII, p. 269.

sur des inductions physiologiques que sur des faits pathologiques. Quoi qu'il en soit, cette théorie rend assez bien compte des phénomènes; et elle conduit à des indications thérapeutiques dont les praticiens trouveront peut-être l'occasion de tirer parti.

Monthly Journal of medical science. Journal mensuel.

1846 et 1847.

1^o Recherches sur le poids de l'encéphale chez l'homme ;
par M. T.-B. PEACOCK. (Numéro de septembre 1846.)

Comme les résultats obtenus par l'anatomiste anglais sont déduits d'un assez grand nombre d'observations, et offrent au moins sous ce rapport une certaine valeur; nous croyons devoir les faire connaître à nos lecteurs.

L'encéphale de l'homme adulte pèse; terme moyen, 1568 gr., et celui de la femme 1403^{sr},6; différence en plus pour l'homme, 164^{sr},4. De 131 encéphales d'hommes; le plus lourd pesait 1961^{sr},5, et le plus léger 1062^{sr},5; sur les 74 encéphales de femmes, le poids maximum était 1687^{sr},5, et le minimum 1149 gr. Comme on le voit; ces chiffres se rapprochent beaucoup de ceux trouvés par Hamilton, Sims, Glendinning, Tiedemann, MM. Lélut et Parchappe; et des résultats que nous avons nous-même obtenus.

L'encéphale de l'homme, d'après M. Peacock paraît acquiescer son maximum de développement de 20 à 25 ans; dans la période moyenne de la vie, il n'éprouve que peu de variations; son poids diminue, au contraire; dans un âge avancé. Ces résultats sont un peu différents de ceux qu'ont obtenus Wenzels et Hamilton.

Le poids du *cerveau* est chez l'homme adulte de 1381^{sr},8; et, chez la femme, de 1225^{sr},35; différence en plus; pour l'homme, 156^{sr},45.

Le *cervelet*; y compris le *pont de Varole*; et la *moelle allongée*, pèse chez l'homme adulte 195^{sr},6^m, et chez la femme 176^{sr},35; différence en plus pour l'homme 19^{sr},25.

Le *cervelet* paraît avoir son maximum de développement chez la femme entre dix et vingt ans, et chez l'homme vers l'âge adulte.

Le rapport du poids de l'encéphale à celui de tout le corps diminue progressivement depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte. Chez l'homme adulte, ce rapport est, terme moyen, :: 1 : 37,2; chez la femme, :: 1 : 33,5.

Le poids du *cervelet*, par rapport à celui de la totalité de l'encé-

phale, est, chez l'homme adulte, :: 1 : 9,58, et, chez la femme, :: 1 : 9,34.

Le rapport du poids du *cervelet* à celui du *cerveau* est, chez l'homme adulte, :: 1 : 8,37, et, chez la femme, :: 1 : 8,28.

2^e Cas de tétanos traumatique traité avec succès par le tabac à l'intérieur; par M. PRIDIE. (Numéro de mars 1847.)

Une femme de quarante-quatre ans, qui, dans sa jeunesse, avait eu une affection choréique guérie par l'opium à hautes doses, fut prise de convulsions tétaniques générales, à la suite d'une blessure au bras. Après avoir inutilement employé plusieurs médicaments énergiques, M. Pridie eut recours au tabac, qu'il administra à l'intérieur (1gr,50 en infusion dans 300 d'eau bouillante), et en lavement uni à l'huile de croton tiglium. Au bout de six jours la malade était parfaitement guérie.

3^e Remarques sur les rapports du rhumatisme et de la chorée, et sur le traitement de cette dernière maladie; par M. BEGBIE.

Il y a déjà plusieurs années qu'on a signalé les rapports qui existent entre le rhumatisme et la chorée, mais on a surtout insisté sur la coïncidence de cette dernière maladie avec un des accidents du rhumatisme, la péricardite, et on a expliqué cette coïncidence par l'extension de l'inflammation rhumatismale aux membranes de la moelle épinière. Il est, en effet, incontestable aujourd'hui que le rhumatisme peut affecter les membranes de l'encéphale et de la moelle; et déterminer certains accidents fort graves dus à l'irritation de ces organes, et nous avons nous-même eu l'occasion de rapporter dans les *Annales* quelques faits de cette nature. Mais en est-il de même pour la chorée dans ses rapports avec le rhumatisme? les faits observés par M. Begbie semblent se refuser à cette explication. Ils sont d'ailleurs assez curieux pour que nous croyions devoir les rapporter aussi succinctement que possible.

Un homme de trente ans fut atteint pour la seconde fois, en janvier 1845, d'un rhumatisme articulaire aigu. L'aînée de ses enfants, petite-fille délicate, âgée de cinq ans, était affectée depuis quatre semaines, et à la même époque, d'une chorée parfaitement caractérisée.

Un autre malade meurt à quarante-sept ans d'une affection cérébrale. Sa femme, d'une constitution scrofuleuse, avait des phthisiques dans sa famille. Un de ses enfants, petite fille de douze ans et demi, fut atteinte d'une chorée qui céda au bout de deux

mois aux purgatifs et à la solution arsenicale. Un an et demi plus tard, une de ses jeunes sœurs fut affectée de la même maladie, qui guérit de la même manière. Quelque temps après, un des fils, âgé de dix-huit ans, fut pris d'un rhumatisme subaigu, qui se compliqua de péricardite. Pendant la convalescence de ce jeune homme, M. Begbie reconnut chez la première malade et sur une autre sœur âgée de vingt-cinq ans, les symptômes d'une affection tuberculeuse, à laquelle, en effet, elles ne tardèrent pas à succomber. La même maladie se développa chez le jeune homme rhumatisant, qui mourut un an après. La deuxième choréique fut atteinte, à quinze ans, d'un rhumatisme articulaire subaigu, qui se compliqua d'endocardite, et pendant la convalescence duquel la chorée se reproduisit.

Une dame avait eu un rhumatisme aigu quelque temps après la naissance de son premier enfant. Cet enfant, parvenu à l'âge de dix-sept ans, fut atteint de chorée, sans avoir eu de rhumatisme. Un frère, un peu moins âgé, eut, au contraire, plusieurs atteintes de rhumatisme dont la dernière se termina par une endocardite et une chorée qui dura plusieurs mois jusqu'à la mort.

Dans une famille composée de dix membres, quatre avaient été atteints de rhumatismes à différentes époques; l'un de ces derniers, âgé de douze ans, fut pris, après un voyage en chemin de fer, d'un délire violent qui parut d'abord céder, mais qui se reproduisit bientôt de nouveau : à ce second accès on constata les signes d'une endo-péricardite qui guérit; un autre membre de cette famille souffrait depuis dix ans d'une affection névralgique; un troisième, qui n'avait jamais été affecté ni de rhumatisme ni de névralgie, avait eu deux attaques de chorée à six et à huit ans.

De ces faits M. Begbie conclut que la relation de la chorée et du rhumatisme se trouve dans une condition morbide du sang qui appartient à la constitution rhumatismale, et que la maladie peut tout aussi bien survenir chez des individus qui ont hérité de cette diathèse que chez ceux qui sont actuellement atteints de rhumatisme avec ou sans altération du côté du cœur. Ces deux affections trouveraient leur source dans une même altération spécifique du fluide sanguin.

La question que soulève ici M. Begbie ne doit point être considérée comme ayant trait à un fait morbide isolé. Nous croyons qu'on pourrait, plus encore qu'il ne l'a fait, généraliser cette analogie qui semblent avoir entre elles certaines affections si différentes par leurs symptômes. N'y aurait-il pas réellement, comme M. Baillarger semble l'avoir entrevu, n'y aurait-il pas, disons-nous, entre toutes

les maladies héréditaires un rapport tel que l'une de ces maladies existant dans une famille établirait une prédisposition héréditaire à toutes les autres? l'éducation physique et intellectuelle ferait le reste. Les observations du médecin anglais et des faits nombreux que nous avons eu occasion d'observer depuis plusieurs années, militeraient singulièrement en faveur de cette manière de voir. Il y a à faire sur cette question des recherches dont les résultats offriraient, nous n'en doutons pas, un grand intérêt.

4° Sur l'apoplexie rachidienne ; par M. PEDDIE. (Mai 1847.)

A l'occasion d'une observation d'apoplexie spinale, l'auteur a recueilli tous les cas de cette maladie épars dans la science, en a rapproché les principales circonstances et en a tiré des conclusions qui malheureusement s'appuient sur un trop petit nombre de faits, et nous ajouterons même de faits hétérogènes; nous ferons cependant connaître quelques unes de ces conclusions :

L'apoplexie rachidienne survient principalement à l'âge adulte, et est plus fréquente chez les hommes.

Elle se termine généralement par la mort, et avec d'autant plus de rapidité qu'elle a son siège dans la moelle elle-même, et que l'épanchement est plus étendu.

L'hémorrhagie peut avoir son siège entre les os et les membranes, entre ces membranes ou dans la substance même de la moelle. Les apoplexies rachidiennes se rencontrent surtout dans les portions cervicale et dorsale : elles sont plus ou moins étendues; rarement les caillots sanguins ont une enveloppe membraneuse.

Parmi les causes prédisposantes les plus communes de l'apoplexie rachidienne sont les diathèses scrofuleuse et rhumatismale, des attaques antérieures d'apoplexie, ou l'existence de maladies organiques du cerveau. Les fatigues excessives, les violences extérieures sont les causes déterminantes les plus fréquentes.

L'invasion est généralement brusque. Quand la mort n'est pas immédiate, on voit apparaître des contractions spasmodiques et les symptômes ordinaires des affections de la moelle.

La douleur, qui manque quelquefois, est plus ou moins étendue et violente selon le siège de l'épanchement et la rapidité de l'invasion.

La paralysie est constante, et, comme dans les autres affections de la moelle, affecte la forme de l'hémiplégie ou de la paraplégie selon le siège et l'étendue de l'hémorrhagie.

Généralement l'intelligence n'est pas altérée; il y a souvent néan-

moins perte de connaissance dans les apoplexies de la moelle allongée.

L'asphyxie est très rapide quand l'épanchement a lieu au-dessus de l'origine du nerf phrénique.

La méningite et la myélite sont souvent les conséquences de ces épanchements sanguins et entraînent les accidents qui leur sont propres.

Le diagnostic de l'apoplexie rachidienne est généralement assez facile; l'invasion brusque des accidents, qui ne sont précédés que d'une vive douleur dans un point supérieur aux parties paralysées, l'apyrexie, la conservation de l'intelligence, tels sont les symptômes qui lui appartiennent plus spécialement.

5° Sur une affection comateuse assez rare chez les enfants ;
par M. TOOGOOD.

6° Effets anesthésiques et autres résultats thérapeutiques de
l'inhalation du chloroforme; par M. SIMPSON. (Déc. 1847.)

Cet article, de quelques pages seulement, est le premier qui ait été publié sur ce précieux agent, dont tout le monde aujourd'hui connaît les propriétés merveilleuses. M. Simpson, outre la composition chimique, l'histoire et le mode d'administration du chloroforme, fait connaître ses effets physiologiques, son emploi dans les opérations chirurgicales et les accouchements, et ses propriétés d'anti-spasmodique, d'anodin et de stimulant diffusible qu'il a mis à profit dans plusieurs circonstances.

London medico-chirurgical Transactions (1).

T. XXIX et XXX. 1846 et 1847.

1° Tumeur de la cinquième paire et de son ganglion ;
par M. JAMES DIXON. (T. XXIX, 1846.)

Cette tumeur, qui consistait en une dégénérescence du tronc de la cinquième paire et du ganglion de Gasser, envoyait un prolongement dans l'oreille interne : aussi avec les symptômes ordinaires des lésions de la cinquième paire existait-il en même temps une surdité complète du côté correspondant et la paralysie de tous les muscles qui reçoivent leurs filets du nerf facial.

(1) Mémoires de la Société médico-chirurgicale de Londres.

2° Quelques exemples du contraste qui existe entre le *delirium tremens* et l'inflammation du cerveau, sous le rapport de la quantité d'acide phosphorique excrétée par les reins ; par le Dr BENGE JONES.

D'après les recherches de l'auteur, il y aurait toujours dans le *delirium tremens* une diminution et quelquefois même une absence complète des sels phosphatiques de l'urine. Dans l'inflammation franche du cerveau la quantité des phosphates serait au contraire sensiblement augmentée. Si ces résultats étaient constants, ils offriraient assurément un grand intérêt au point de vue de la nature du *delirium tremens* et de certaines autres affections analogues encore peu connues.

3° Sur la contractilité ou l'irritabilité des muscles paralysés, et sur leur excitabilité par les courants galvaniques, considérées relativement à ces mêmes propriétés dans les muscles sains ; par M. R.-B. TODD. (T. XXX, 1847.)

Les résultats obtenus par M. Todd sont loin d'être confirmatifs de ceux qu'avait annoncés peu de temps auparavant son compatriote M. Marshall-Hall. Voici les conclusions de son travail :

1° La contractilité ou l'irritabilité des muscles des membres paralysés est en rapport direct avec leur état de nutrition.

2° L'excitabilité par le galvanisme des muscles paralysés varie avec les conditions de leur système nerveux plus encore qu'avec celles des muscles eux-mêmes.

3° Dans la majorité des cas de paralysie cérébrale, la contractilité ou l'irritabilité des muscles paralysés est moindre que du côté sain, mais seulement parce que la nutrition est troublée par le défaut d'exercice.

4° On ne peut porter de diagnostic de quelque valeur entre la paralysie cérébrale et la paralysie spinale d'après l'irritabilité des muscles paralysés.

5° La tendance qu'offre la strychnine à affecter surtout les membres paralysés est due à ce que cette substance est attirée principalement vers le siège de la lésion cérébrale.

6° La manière dont les muscles d'un membre paralysé répondent au courant galvanique peut fournir des données sur l'état des nerfs : si l'action est faible ou nulle, le système nerveux est dans l'affaissement ; si la réaction est au contraire forte et plus vive que du côté sain, c'est que les nerfs sont dans un état d'irritation.

The Dublin hospital Gazette.1845 et 1846 (1^{er} trimestre).

1^o Considérations sur le traitement de l'épilepsie par la digitale ; forme sous laquelle on l'administre; par M. CORRIGAN (mai 1845.)

3^o Cas de chorée et de tic douloureux; traitement par la teinture de hachisch et l'électro-magnétisme, avec observations; par M. CORRIGAN. (Juillet 1845.)

Ce travail, qui n'est qu'un compte rendu d'une leçon de M. Corrigan, renferme trois observations de chorée, et une de tic douloureux, dans le traitement desquelles il n'est question que du hachisch. Ce médicament que, depuis quelques années, les médecins anglais ont employé dans beaucoup de maladies, aurait, dans le traitement de la chorée, la propriété de mener d'un pas uniforme à la guérison, ce qui n'a lieu pour aucun autre médicament. L'électro-magnétisme, au contraire, remettrait, pour ainsi dire, l'amélioration en marche quand elle s'arrêterait pendant l'emploi des autres remèdes.

La teinture de hachisch a été donnée à la dose de 8 à 30 gouttes par jour. Voici comment M. Corrigan explique ses effets. « Le chanvre indien, dit-il, paraît exercer une action spécifique sur les nerfs du mouvement. Quand il agit sur le sensorium ou sur un nerf, il exerce d'abord indirectement son action sur les fibres motrices; et s'étend ensuite aux fibres sensibles, étant en cela tout à fait l'opposé de l'aconit. » Les faits rapportés par M. Corrigan ne suffisent point pour légitimer sa manière de considérer l'action du hachisch. Nous devons ajouter d'ailleurs qu'il a obtenu la guérison de ses quatre malades.

4^o Sur l'emploi du sulfate de zinc dans l'épilepsie ;
par M. ALDRIDGE. (Août 1845.)

Sur cinq cas, dans lesquels le sulfate de zinc a été employé, l'auteur a obtenu deux guérisons et deux améliorations. Ce résultat s'accorde peu avec les idées généralement admises sur le degré de curabilité de l'épilepsie.

L. LUNIER.

(La suite au prochain numéro.)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie nationale de Médecine de Paris.

Séances du 31 octobre 1848 au 6 février 1849.

DE L'EMPLOI DU CHLOROFORME.

A l'occasion d'une information judiciaire ordonnée sur un cas de mort qui semblait devoir être attribué à l'action du chloroforme l'Académie fut invitée à s'occuper de la question générale des inhalations. Une commission, nommée à cet effet, fut chargée d'étudier cette question, et, par l'organe de M. Malgaigne, son rapporteur, soumit à l'appréciation de l'Académie une série de propositions auxquelles une discussion longue et approfondie n'apporta que de très légères modifications. Voici les conclusions du rapport telles qu'elles ont été adoptées par l'Académie :

1° Le chloroforme est un agent des plus énergiques, qu'on pourrait rapprocher de la classe des poisons, et qui ne doit être manié que par des mains expérimentées ;

2° Le chloroforme est sujet à irriter, par son odeur et son contact, les voies aériennes, ce qui exige plus de réserve dans son emploi lorsqu'il existe quelque affection du cœur ou des poumons.

M. Baillarger eût voulu qu'on mît l'épilepsie au rang des maladies qui contre-indiquent l'emploi du chloroforme. Les faits malheureusement trop positifs où l'emploi de cet agent a déterminé des accès convulsifs chez des épileptiques (1), auraient dû, ce nous semble, faire adopter cette proposition.

3° Le chloroforme possède une action toxique propre, que la médecine a tournée à son profit en l'arrêtant à la période d'insensibilité, mais qui, trop longtemps prolongée, peut amener directement la mort ;

4° Certains modes d'administration apportent un danger de plus, étranger à l'action du chloroforme lui-même. Ainsi, l'on court des risques d'asphyxie, soit quand les vapeurs anesthésiques ne sont pas suffisamment mêlées d'air atmosphérique, soit quand la respiration ne s'exécute pas librement ;

(1) Voy. *Annales médico-psych.*, t. XII. p. 120 et 237.

5° On se met à l'abri de tous ces dangers en observant exactement les précautions suivantes : 1° s'abstenir ou s'arrêter dans tous les cas de contre-indication bien avérée, et vérifier avant tout l'état des organes de la circulation et de la respiration ; 2° prendre soin, durant l'inhalation, que l'air se mêle suffisamment aux vapeurs de chloroforme, et que la respiration s'exécute avec une entière liberté ; 3° suspendre l'inhalation aussitôt l'insensibilité obtenue, sauf à y revenir quand la sensibilité se réveille avant la fin de l'opération ;

6° Il est convenable de ne pas administrer le chloroforme après le repas.

Société de médecine de Paris.

Séance du 18 août.

PARALYSIES LOCALES.

M. *Cazeaux* invoque les lumières de ses confrères sur un cas de paralysie limitée aux extenseurs et à l'abducteur du pouce des deux mains, datant de deux ans, et qui s'est montrée progressivement, sans affection aucune des centres nerveux. Il ne sait à quoi attribuer cette singulière maladie.

M. *Baillarger* a vu des convulsions bornées à deux doigts de la main, sans qu'il lui ait été possible de remonter à la cause occasionnelle. Dans le cas rapporté par M. Cazeaux, l'électricité lui semble le meilleur traitement à employer.

M. *Sandras* avoue que dans ces dérangements partiels du système nerveux, il est généralement fort difficile de remonter à la cause immédiate ; il lui paraît néanmoins probable que dans les cas de cette nature l'affection a son siège en quelque point des centres nerveux. Il rapporte un fait à l'appui de cette manière de voir.

M. *Collineau* invoque plusieurs cas de paralysie locale d'un diagnostic fort obscur, entre autres, celle des écrivains et des tailleurs.

M. *Grisolle*, tout en admettant la difficulté de l'étiologie des maladies nerveuses, croit qu'on s'en rendrait plus facilement compte si l'on interrogeait avec soin les circonstances générales et particulières dans lesquelles se trouve le malade.

Société médico-pratique de Paris.

Séance du 25 septembre 1848.

HYSTÉRIE.

M. Michéa lit un travail sur un cas d'hystérie, avec analyse chimique du sang et de l'urine.

La malade, âgée de vingt-cinq ans, d'une constitution robuste, sanguine en apparence, avait eu une première attaque d'hystérie à l'époque de sa première grossesse. Appelée le 2 septembre, pour voir cette femme dont les accès étaient depuis quelque temps devenus plus fréquents, M. Michéa constata l'insensibilité de la peau et des muqueuses sans paralysie des mouvements. L'urine de la malade, claire, faiblement acide, sans sédiments, ne donna qu'une couleur rose, quand on la traita par la chaleur avec l'acide nitrique. Elle offrit au microscope une diminution dans la quantité de l'urée et de l'acide urique.

Le sang analysé fournit sur 1,000 parties : eau, 804 ; globules, 74 ; fibrine, 2 ; matériaux solides, 118. Il y avait donc chez cette malade, comme l'a annoncé M. Emile Marchant (*V. Ann.-médico-psycholog.*, t. x, p. 287), diminution dans la quantité des globules sanguins.

M. Thirial croit que Sydenham a eu raison de comparer l'hystérie à la chlorose ; la diminution des globules est en effet commune aux deux affections. M. Thirial pense d'ailleurs qu'il faut admettre deux espèces d'hystérie ; l'hystéricisme proprement dit, habitude hystérique, état dans lequel il y a appauvrissement du sang ; et une seconde forme accidentelle et temporaire, celle des *viragines*, où il faut saigner ; l'état du sang est-il le même dans ces deux formes ? l'anesthésie de douleur et de tact existe dans l'hystéricisme, et est rare au contraire dans les attaques accidentelles d'hystérie.

**Société médicale du 1^{er} arrondissement
de Paris.**

COMPTE RENDU DES TRAVAUX PENDANT L'ANNÉE 1848,
PAR M. LE D^r FOISSAC.

DE LA POSSIBILITÉ D'ÉTENDRE LES BIENFAITS DE L'ANESTHÉSIE,
PAR L'ÉTHÉR OU LE CHLOROPORME, A QUELQUES UNES DES MA-

LADIES INTERNES OU MÉDICALES, DÉSIGNÉES PAR LES PATHOLOGISTES SOUS LE NOM DE DOULEURS, ET PEUT-ÊTRE AUSSI AU DÉBUT DE QUELQUES MALADIES INFLAMMATOIRES OU PHLEGMASIES FRANCHES.

Quelques mois avant la discussion qui eut lieu à l'Académie sur l'emploi des anesthésiques, et dont nous venons de rapporter les conclusions, M. *Willaume* lut à la Société, sur cette question, un Mémoire intéressant où il examinait dans quelles affections on pourrait employer avantageusement l'éther ou le chloroforme. La lecture de ce travail souleva une discussion à laquelle prirent part plusieurs membres de la Société.

M. *Boutin de Beauregard* rapporta trois cas favorables de l'emploi de l'inhalation du chloroforme contre des accès d'asthme, des attaques d'épilepsie et des quintes des coqueluches; dans les trois cas, les accidents furent sensiblement amendés.

M. *Letalenet* a été témoin des bons effets des inhalations du chloroforme chez une jeune fille affectée d'accès quotidiens très pénibles de névralgie frontale.

D'autres membres de la Société rapportent, au contraire, des cas où les inhalations de chloroforme furent suivies d'accidents plus ou moins graves.

Répertoire d'observations inédites.

STUPIDITÉ A LA SUITE D'UN ACCÈS DE FIÈVRE INTERMITTENTE ET DE L'ADMINISTRATION DU SULFATE DE QUININE CHEZ UN ENFANT DE TROIS ANS.

Le 14 décembre 1847, je fus appelé auprès d'une petite fille âgée de trois ans, atteinte de fièvre intermittente : sa constitution est excellente et son intelligence au-dessus de son âge.

Le premier accès eut lieu vers la fin du mois dernier et revêtit le type quarté : ce type ne tarda pas à se transformer en type tierce et enfin la fièvre devint quotidienne.

Le 9 septembre, pour la première fois, l'accès s'accompagna de convulsions qui se renouvelèrent les jours suivants avec beaucoup d'intensité, et le 14 je la vis en proie à de violents mouvements convulsifs pendant un accès de fièvre. Aussitôt l'accès terminé, je lui administrai 4 décigrammes de sulfate de quinine à prendre en 2 fois, et la fièvre fut définitivement jugée ainsi que les convulsions qui l'accompagnaient. Mais, chose remarquable ! avec la fièvre s'éteint l'intelligence. La mémoire est suspendue, un sourire niais, hébété erre sans cesse sur les lèvres de la petite malade ; parfois elle se balance machinalement avec son corps à l'instar des idiots, étend les bras, se jette en avant en poussant des cris inarticulés ; ses yeux sont bagards ; de très propre qu'elle était auparavant, elle devient sale et dégoûtante, au point de lâcher ses excréments sous elle ; jadis elle babillait sans cesse et était remplie d'amabilité ; maintenant elle ne dit mot, ne regarde personne, ne demande ni

à boire, ni à manger, ni à se lever lorsqu'elle est couchée, ni à se coucher lorsqu'elle est levée. Elle reste impassible comme les idiots, rien ne peut l'émouvoir ; c'est en vain qu'on la secoue, qu'on la menace même de la frapper, elle ne bouge pas, elle ne pleure pas.

Huit jours se passèrent de la sorte ; puis elle commença à appeler son père, à le caresser parfois, mais elle ne lui parlait pas encore. Enfin quelques jours plus tard elle se prit à parler, à demander à manger, puis à rire lorsqu'on la flattait et à pleurer lorsqu'on la contrariait ; elle ne fait plus sous elle, commence à s'amuser avec les enfants de son âge, caresse son père mais pas sa mère.

Il est à noter qu'elle a toujours préféré son père à sa mère. Elle embrasse son petit frère ; la mémoire revient peu à peu, mais l'intelligence est toujours obtuse.

J'avais entièrement perdu de vue cette petite fille depuis fort longtemps, lorsqu'il y a quelques jours, je fis la rencontre de son père qui m'en a donné des nouvelles.

L'intelligence, à ce qu'il paraît, n'est pas encore revenue entièrement à son type régulier, quoiqu'il se soit, depuis lors, écoulé plus d'une année.

Cependant elle va bien, et son père espère qu'elle finira par recouvrer toutes ses facultés intellectuelles.

Elle comprend tout, elle dit tout, seulement il lui arrive souvent de ne prononcer que la première syllabe des mots, et lorsqu'on insiste pour lui faire prononcer les mots en entier, elle s'y refuse et répond qu'elle ne le veut pas. Elle est revenue à son amabilité première, mais elle n'est pas

encore aussi propre qu'elle était avant de tomber malade.

A quoi fait-il attribuer ici l'abolition de l'intelligence? Est-ce à l'action du sulfate de quinine, ou bien à une affection cérébrale résultat de la fièvre? Le problème est fort difficile à résoudre, car les deux opinions peuvent être soutenues avec un égal succès. En effet, s'il est vrai que la fièvre intermittente est une névrose cérébro-spinale, rien d'étonnant, l'organe intellectuel étant affecté, que les facultés auxquelles il préside aient été dérangées. D'un autre côté, il est incontestable que le sulfate de quinine porte directement son action sur le système nerveux et spécialement sur l'encéphale, comme le prouvent les phénomènes cérébraux qui se manifestent quelquefois après son ingestion, tels que bourdonnements d'oreille, tintouins, surdité, éblouissements et mal de tête avec resserrement des tempes.

On a vu à l'hôpital de Tours une jeune religieuse rester folle pendant un jour pour avoir pris une fois 125

centigrammes de sulfate de quinine. Un autre malade auquel M. Trousséau administra 3 grammes de ce sel pour le guérir d'un asthme périodique, éprouva des bourdonnements d'oreilles, des étourdissements, des vertiges, devint aveugle et sourd, et fut pris de délire. Tous ces accidents cédèrent, il est vrai, dans le courant de la nuit.

Cela posé, et cette opinion me sourit davantage, nous pouvons jusqu'à un certain point nous rendre compte de l'abolition de l'intelligence qui eut lieu chez notre petite malade.

Mais je m'arrête, car je m'aperçois qu'il est dangereux de se laisser entraîner par le vent des théories, qui nous conduit souvent à l'absurde. C'est aux physiologistes et aux médecins qui se sont occupés d'une manière spéciale de la question des fièvres intermittentes, qu'il appartient de rechercher la cause prochaine des phénomènes que j'ai eu occasion d'observer.

D. MACARIO,
Médecin à Seneergues.

VARIÉTÉS.

— M. le docteur Cerise vient d'être nommé chevalier de l'ordre du mérite civil de l'ordre de Savoie.

— Le docteur James-Cowles PRICHARD est mort à Londres le 22 décembre dernier, à l'âge de 62 ans. Le docteur Prichard est l'auteur d'un très grand nombre d'ouvrages et mémoires sur les affections nerveuses dont les principaux sont : un *Traité des névroses* (1822) ; un *Traité de la folie*, ainsi que les articles délire, hypochondrie, aliénation mentale, somnambulisme, magnétisme animal, etc., de l'*Encyclopédie de médecine pratique*. Le docteur Prichard était depuis 1845 l'un des trois membres de la commission chargée de l'inspection des établissements d'aliénés de la Grande-Bretagne, fonction à laquelle les appointements qu'il recevait (37,500) lui avaient permis de se consacrer à peu près exclusivement.

— *Établissements d'aliénés des États-Unis.* — Nous avons eu déjà plusieurs fois l'occasion de parler des établissements d'aliénés des États-Unis (v. t. VIII, p. 156 et t. X, 156). L'un des derniers numéros de l'*American journal of insanity*, publie sur ces établissements de nouveaux détails dont nous donnerons ici un aperçu :

Le nombre des établissements d'aliénés ouverts actuellement pour la réception de cette classe malheureuse est de trente sur toute l'étendue des États-Unis. Quinze sont des établissements soutenus par l'Etat et gouvernés par un conseil à sa nomination. Cinq sont la propriété de corporations et sont joints à de grands hôpitaux dont ils partagent les avantages et les inconvénients. Cinq autres ont été établis par des particuliers et continuent à être gouvernés par un conseil nommé par les donateurs ou leurs successeurs. Quatre sont unis à des maisons de charité. Trois autres sont des établissements privés.

Plusieurs des États de l'Union s'occupent en ce moment d'ouvrir des asiles pour les aliénés. On en construit en ce moment un à Jacksonville (Illinois) qui pourra loger 250 malades. L'Etat de La Louisiane en fait élever un à Jackson à 15 milles de la Nouvelle-Orléans ; on y ajoute une ferme de 100 ares. On en construit un autre au centre de l'Etat du Missouri. La Pensylvanie a aussi donné un noble exemple ; en outre des améliorations importantes qu'elle a apportées à l'hospice des aliénés de Blockley, la dernière législature a concédé 50,000 livres sterling (1,250,000 fr.) pour l'établissement d'un nouvel asile d'aliénés. Des souscriptions ont permis d'acheter à un mille et demi de Harrisbourg, une ferme de 170 ares ; à Pittsburg, dans le même Etat, une association s'est formée pour bâtir un nouvel hôpital, destiné principalement

aux aliénés; enfin, l'assemblée du Tennessee a donné 40,000 liv. sterling (1,000,000 de fr.) pour fonder un hôpital général d'aliénés.

Le nombre des aliénés que renferment les États-Unis n'est pas encore bien connu : suivant le recensement de 1840, époque à laquelle la population de l'Union était de 17,069,453, le nombre des aliénés et des idiots était de 17,457, ou de 1 sur 977 habitants. Tout fait croire cependant que cette proportion est au-dessous de la réalité; car, les derniers recensements partiels donnent un chiffre plus élevé. Ainsi, dans l'état de New-York, en 1840, le nombre des aliénés et des idiots était de 2,340; et cinq ans plus tard, en 1845, il était de 3,752, à savoir 2,142 aliénés et 1,610 idiots. (Il est probable que, dans ce dernier nombre, on a compris beaucoup d'aliénés déments et incurables). Or, la population de l'État de New-York a très peu augmenté de 1840 à 1845 : elle était en 1840 de 2,428,921, et en 1845 de 2,604,495. On peut donc évaluer le chiffre des aliénés, aux États-Unis, à 18,000, sans y comprendre les idiots, qui sont au moins au nombre de 6,000.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS.

Pathologie.
MALADIES MENTALES.

RÉFLEXIONS
sur les observations recueillies
DANS LE SERVICE MÉDICAL
DE L'ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉS DE FAINS,
PENDANT L'ANNÉE 1848,
PAR L.-F.-E. RENAUDIN,
Docteur ès sciences et en médecine.

Pour l'observateur qui a sous les yeux un certain nombre d'aliénés, et au regard duquel vient se dévoiler la succession des phénomènes de ce Protée pathologique, deux voies sont ouvertes pour arriver à l'intelligence des symptômes de cette curieuse affection. Prenant pour point de départ l'essentialité de la maladie, ainsi que ses conditions de causalité, il arrive, par une analyse médico-philosophique, à distinguer les types principaux et à organiser cette famille nosologique dont

les variétés se distinguent par des caractères que nous avons déjà eu l'occasion d'esquisser dans un autre mémoire. Si à cette marche, que nous pouvons considérer comme exclusivement médicale, nous en substituons une autre dans laquelle, remontant des détails à l'ensemble, nous analysons chaque symptôme, nous étudions chaque effet partiel, sans avoir égard au type qui l'a produit, un champ nouveau s'ouvre à notre investigation, et nous arrivons souvent à découvrir des rapprochements que ne nous aurait point révélés la première méthode. Dans cette seconde manière d'étudier l'aliénation mentale, c'est l'élément philosophique qui sert de base, et c'est par lui que nous passons aux données médicales sur lesquelles s'établit la distinction des types dont nous avons parlé plus haut. En adoptant cette dernière manière de voir, il est nécessairement difficile que dans l'exposition des faits, on puisse mettre une méthode aussi rigoureuse que celle qui préside à une classification scientifique. On apprécie les faits comme ils se présentent, on les groupe dans l'ordre suivant lequel ils se succèdent, et c'est pour ce motif que nous l'avons adoptée dans la revue rétrospective que nous allons essayer de faire ici du service médical de l'asile de Fains, en 1848.

Sans entrer ici dans la discussion des différents systèmes philosophiques qui jusqu'alors se sont partagé l'explication des facultés de l'homme, et qui ont tenté d'établir la subordination réciproque de ces facultés, nous pouvons adopter en principe que trois faits psychologiques dominant toute l'existence humaine et en résument le mode d'action : sentir, apprécier, agir ; telle est la trilogie de nos actions, qui se combinent, se succèdent et s'harmonisent suivant des modes divers de manifestation et d'impression. Impressionnabilité, intelligence, volonté, telles sont, si nous pouvons nous exprimer ainsi, trois entités psychologiques bien distinctes, et cependant agissant toujours de concert sans qu'il soit possible, dans bien des cas, de distinguer dans un fait ce qui est le propre de l'un plutôt

que de l'autre. On pêche par ignorance, on supplée à ce défaut par la volonté ; une susceptibilité trop vive est corrigée par une saine appréciation, et dans combien de cas ne voyons-nous pas les erreurs de la volonté compensées par une sensibilité délicate et exquise ?

L'homme peut donc être complet, et par conséquent passer pour jouir de toute sa raison lors même qu'un de ces éléments vient à faillir ; mais aussi il ne conserve ce privilège qu'autant qu'il trouve dans les autres la compensation nécessaire pour masquer ou annuler le défaut d'harmonie de ses facultés. L'aliénation mentale, envisagée de ce point de vue, éclatera donc toutes les fois qu'au lieu de former un faisceau unique, ces diverses facultés se manifesteront d'une manière indépendante, agiront isolément sans redresser les erreurs provenant des anomalies des autres. Tel apprécie juste qui, dominé par un pouvoir irrésistible, se détermine contrairement à cette appréciation ; tel autre sent trop vivement pour être maître de son jugement ; un troisième, enfin, agit sans mobile, suit une conduite incohérente, et semble privé de cette spontanéité, premier symptôme de l'existence complète. Chacune de ces facultés a elle-même trois modes d'aberration : débilité, déviation, surexcitation. La débilité de l'une coïncide bien souvent avec la surexcitation de l'autre, et si nous voulions analyser chaque type de l'aliénation mentale en particulier, nous retrouverions dans les diverses combinaisons de ces anomalies les caractères pathognomoniques qui lui sont assignés par les auteurs. La manie, par exemple, qui nous offre pour phénomène principal un désordre général de la sensibilité auquel correspond une réaction incohérente, présente souvent à notre observation une surexcitation intellectuelle, extraordinaire, qui disparaît lors de la rémission et que l'état naturel du sujet ne permettait quelquefois pas de prévoir. Quelle modification ne produit pas dans l'esprit de l'homme l'adoption enthousiaste d'une idée nouvelle ? Dominé par elle, il ne l'apprécie pas, il la sent, et sa volonté, loin d'être

dirigée par les procédés ordinaires, n'est plus qu'un instinct aveugle au service de cette idée qui l'entraîne irrésistiblement. Monomaniacque ambitieux ou religieux, érotomane mystique ou non, il s'attache à son idole, en caresse les contours, et passionné pour son erreur ou pour l'objet de son rêve, il s'isole de la nature entière qu'il veut asservir à ses déterminations hallucinatoires. Lypémaniacque dominé par les terreurs de la damnation ou par des pensées misanthropiques, il voit sa volonté complètement paralysée par les déviations et les anomalies de la sensibilité; il a beau apprécier sa situation, comprendre tout ce qu'elle a d'anormal, il est impuissant pour se diriger dans une autre voie, et, au conseil que vous lui donnez, il répond avec cette voix sinistre qu'on lui connaît : *Vous avez raison; mais je ne puis faire autrement.* Pour beaucoup, c'est un je ne sais quoi qui les retient, qui les fait mouvoir. Pour le maniacque emporté par le tourbillon de son délire, que vous dit-il, quand l'accès d'excès d'excitation est passé : *J'avais la tête perdue, je n'ai su ce que je faisais.* Enfin, le dément a perdu tous les ressorts qui animaient son existence; point de spontanéité, point de sensibilité, point d'intelligence. Existence automatique, qui n'est que le pâle reflet de l'existence d'autrefois; mort anticipée de toutes les facultés, n'attendant plus que l'anéantissement complet du corps, où ne se décèle plus qu'une vie en quelque sorte végétative. On peut donc être fou, soit par les trois facultés, soit par chacune d'elles isolément; mais il faut remarquer aussi, que pour peu que la lésion de l'une d'elles soit chronique, les autres finissent successivement par prendre part à cette lésion, et c'est par là qu'on explique les nuances si variées que l'on remarque dans la marche des divers types de l'aliénation mentale.

Il résulte donc, de ce qui précède, que nous ne saurions avoir de doute sur la nature somatico-psychique de l'aliénation mentale, puisque les facultés que nous avons indiquées plus haut sont l'expression plus ou moins complète de l'un ou de l'autre de

ces deux éléments de notre vie. C'est encore dans cette observation que nous devons puiser l'explication de la variété des symptômes que nous remarquons, non seulement d'un type à l'autre, mais encore dans le même type. C'est encore en envisageant la question sous ce point de vue, que nous arrivons à comprendre pourquoi la physionomie de l'aliénation mentale varie d'un pays à un autre, et comment il se fait que les conditions de causalité extérieure exercent une aussi grande influence sur la prédominance de tel ou tel type dans un lieu déterminé. Ainsi donc la statistique des formes du délire dressée dans tel ou tel département ne peut être considérée que comme l'expression d'un fait isolé, ayant sa signification locale, et n'acquérant de valeur que par sa comparaison avec des observations analogues recueillies en d'autres lieux.

Sans entrer ici dans aucun détail sur les réactions réciproques du physique et du moral, nous savons tous, qu'outre l'idiosyncrasie primitive de chaque individu, on reconnaît encore une idiosyncrasie acquise, dépendant du milieu dans lequel on vit, des influences que l'on subit et des habitudes que l'on a contractées. Cette idiosyncrasie se retrouve même dans le délire de l'aliéné, et si, dans une population donnée, il existe toujours certains individus plus ou moins disposés à devenir fous, il est très rare qu'on ne puisse déterminer à l'avance quel est le genre de folie qui prédominera. Les observations que nous avons à consigner ici démontreront jusqu'à l'évidence la vérité de nos assertions.

Pendant que dans les grands centres de population, ou même dans l'absence de toute instruction première, se remarque une excitation naturelle de l'intelligence, nous voyons le délire participer de cette idiosyncrasie et s'organiser, en quelque sorte, avec des éléments de connaissances variées; pendant que la folie dans tous ses symptômes révèle ce mouvement intellectuel, qui se traduit par les illusions de la monomanie ambitieuse, nous voyons, au contraire, dans d'autres lieux le délire

avoir pour point de départ une débilité intellectuelle qui donne prise aux erreurs religieuses, au mysticisme et aux terreurs de la damnation. Trop d'action chez l'un, absence de réaction chez les autres. L'un ne doute de rien, pour l'autre tout est sujet de doute et d'angoisses; et si chez ce dernier nous voyons apparaître quelques lueurs d'orgueil, elles ont encore cette teinte religieuse, résultat de principes mal compris et mal enseignés. Dans ce pays peu de monomaniaques ambitieux; les progrès y sont lents, le besoin de l'innovation ne s'y fait que médiocrement sentir; et si, chez beaucoup de personnes, la subordination religieuse existe plutôt à la surface que dans le fonds; si, pour quelques uns, c'est plutôt un maintien qu'une doctrine, il en est d'autres sur lesquels pèse de tout son poids cette domination de la pensée. Et comme c'est sur un terrain mal préparé que tombent des enseignements peu appropriés à ces besoins, nous concevons facilement qu'il résulte de cette combinaison de circonstances une prédominance du délire religieux, le moins guérissable de tous, parce qu'il a jeté de plus profondes racines dans le cœur de celui qui en souffre.

Chez un des monomaniaques religieux que nous avons observé cette année, nous avons surtout remarqué cette débilité intellectuelle comme source des erreurs nombreuses dont il était le jouet. A force de vouloir remplir plus consciencieusement des préceptes de religion qu'il rencontrait dans des livres au style obscur et mystique, il était arrivé à n'y plus rien comprendre, à ne pouvoir en dégager le sens vrai, caché dans le style figuré; chaque pas était pour lui la matière d'un scrupule ou d'un remords; pour aider son prochain il eût privé sa famille du strict nécessaire, il voulait expulser sa femme du domicile conjugal pour recueillir un pauvre, payer les frais d'instruction d'un étranger et laisser son fils dans l'ignorance, et son délire croissant de plus en plus au contact des choses saintes, il était enfin arrivé à un fanatisme dangereux et à un état de fureur que l'isolement seul a pu réprimer.

Un prêtre, peu éclairé, voyait dans la multiplicité des pratiques religieuses le seul remède à ce délire qui, sous cette influence, ne faisait que s'accroître ; nous, au contraire, nous avons pensé qu'il était essentiel que le malade s'en abstînt presque entièrement. Cet éloignement des causes d'excitation combiné avec la régularité du travail, du régime et des habitudes, a suffi pour faire disparaître entièrement ces erreurs de perception et de jugement, et à faire renaître les sentiments affectifs qu'avait étouffés un instant une inintelligente religiosité. Mais il reste toujours, malgré cette guérison aussi complète que possible, cette susceptibilité trop vive sous l'influence des choses sacrées, ainsi que cette débilité intellectuelle qui ne lui permet pas de les apprécier sainement. Viennent des exhortations maladroites, une confession trop fréquente, des chagrins domestiques ou quelque chômage dans sa profession, et nous assisterons à une nouvelle rechute aussi explicable que le premier accès.

Chez un autre, les mêmes causes ont amené le même délire, qui cependant s'est formulé par des manifestations psychiques toutes différentes ; l'orgueil a surtout contribué à modifier l'expression symptomatique, et les hallucinations de l'ouïe aidant, notre malade s'est cru pape, et a constitué à lui seul une religion à part dont il se faisait le pontife. Ses luttes avec le diable, sa croyance à une influence surnaturelle dont il serait le point de départ, son éloignement de tout travail comme dérogation à sa sainte mission, tels sont les principaux phénomènes qu'il a offerts à notre observation. Nous ne devons pas omettre de mentionner, en outre, que ce délire avait considérablement contribué à donner à son intelligence un développement qu'elle était loin d'avoir jusqu'alors, et rien n'égale l'adresse avec laquelle il entamait une discussion théologique hérissée des sophismes les plus spécieux et d'objections qu'un théologien de profession ne parvenait pas à combattre. Ces deux aliénés, exerçant la profession de tourneur, travaillaient dans le même atelier ; chacun d'eux reconnaissait parfaitement les erreurs de

l'autre, les combattait et ne comprenait pas que l'esprit d'un homme pût s'égarer à ce point. Le délire du second malade s'est entièrement modifié depuis. Pour avoir été trop crédule, il ne croit plus à rien aujourd'hui ; cette habileté de discussion a disparu, et nous le voyons se matérialiser davantage dans ses goûts et dans ses habitudes. Cette transformation n'est point aussi rare qu'on pourrait le croire au premier abord, et nous observons souvent que rien ne conduit mieux à l'incrédulité que l'abus des exagérations religieuses. C'est un fait dont devraient prendre note ceux qui sont chargés de l'éducation de la première enfance. Combien de fois n'entendons-nous pas accuser l'esprit du siècle d'avoir amené cette transformation inattendue, tandis que celle-ci ne reconnaît pour cause que les vices mêmes d'un enseignement disproportionné à la capacité de celui qui le subit.

On ne peut se dissimuler que, même dans les premières années de sa vie, chaque homme présente des dispositions spéciales d'intelligence qu'il n'est pas toujours sans inconvénient de méconnaître ; et c'est souvent pour n'avoir pas été mis à sa place, qu'il voit tôt ou tard cette intelligence s'égarer dans des erreurs de toutes sortes. Dans des cas de ce genre, ce n'est pas une idée fixe qui vient assaillir et préoccuper le malade ; les idées les plus incohérentes se succèdent, aucune ne peut le satisfaire ; il ne s'arrête à rien, cherche toujours l'inconnu et se perd d'autant plus dans ce dédale que, doué d'une certaine imagination, il s'obstine à en parcourir les détours. De là ces opinions nuageuses en politique, en religion, en morale ; de là ces passages fréquents d'un système à un autre ; de là enfin cette versatilité qui fait de cet être malheureux un Protée tout à fait indéfinissable. Si, au contraire, c'est dans les sentiments affectifs que la lésion primitive existe ; si des chagrins trop vifs sont venus comprimer cette disposition à l'expansion ; si enfin le malade a fini par se croire incompris dans le milieu où il se trouve, la sensibilité vivement surexcitée produit un délire gé-

néral sans physionomie propre, et révélant l'orage tumultueux qui gronde dans son cœur. Ce genre de délire est surtout le propre de certaines natures d'élite douées d'un sens exquis et dont la conscience se révolte au contact des iniquités qui les entourent.

Nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs exemples de ce genre, et parmi eux nous signalerons surtout celui d'un homme distingué et remarquable par les qualités du cœur et de l'esprit. Si le bonheur domestique eût visité sa demeure, heureux lui-même, il eût fait rejaillir cette félicité sur son entourage. Une union mal assortie a détruit toutes ses espérances, et quand la force morale n'est plus au niveau du mal qu'elle doit combattre, l'accès de manie éclate, le délire devient général et l'isolement est le seul remède efficace que l'on puisse opposer à cette situation malheureuse.

Chez une autre malade, qui se fait également remarquer par une sensibilité exquise, par l'affection qu'elle a vouée à tout ce qui l'entoure, la moindre inquiétude, la moindre émotion suffit pour provoquer le délire le plus bruyant et le plus étendu. En vain lui prodigue-t-on chez elle les soins les plus affectueux, son mari qu'elle a craint de perdre récemment dans une maladie grave, et auquel elle porte habituellement le plus tendre attachement, est devenu pour elle en ce moment l'objet d'une irrésistible antipathie; on se décide enfin à l'isoler, et quelques mois après le calme renaît, le sommeil la repose après avoir longtemps fui ses paupières, les fonctions digestives qui avaient participé du trouble général se rétablissent, et la raison reprend instantanément son empire. C'est dans cette circonstance que nous avons employé avec succès l'opium à haute dose (jusqu'à 0,50 centigrammes par jour); nous avons de plus remarqué qu'un érysipèle des extrémités inférieures, qui s'était déclaré dès le début du délire, a complètement disparu au moment du retour de la raison.

Nous observons qu'en général, chez les femmes, il est rare

que le délire, quelle que soit sa forme, ne soit pas compliqué d'une excitation érotique très prononcée. Cette excitation est souvent même la base du délire, elle en est le symptôme pathognomonique, et constitue ce qu'on appelle généralement la nymphomanie. Aucun tempérament n'en est exempt, les constitutions les plus fortes ou les plus délicates la subissent, et quelle que soit l'éducation première de la malade, le dévergondage des paroles et des idées ne reconnaît pas de bornes. Dans d'autres circonstances, elle n'est, pour ainsi dire, qu'un symptôme accessoire, beaucoup plus fréquent dans ce sexe que dans l'autre, et nous sommes frappé tous les jours du contraste qui existe entre les quartiers affectés à chacun des sexes. C'est parmi les femmes qu'il n'existe aucune retenue, que nous entendons les propos les plus obscènes, que nous observons les gestes lascifs; jeunes ou vieilles nous offrent ce désolant spectacle dans la recrudescence du délire, lors même que celui-ci n'est pas essentiellement érotique. Et cependant les personnes qui les entourent sont vouées à la vie contemplative, des prières fréquentes frappent leurs oreilles, et les encouragements à la vie ascétique ne leur manquent pas. Si nous voulions établir une comparaison entre la situation de la femme raisonnable et celle où elle se trouve pendant son accès, devrions-nous y voir l'indice d'une profonde dissimulation dans le premier cas, ou le signe d'une perturbation grave dans le second?

Nous observons encore que cette excitation érotique mal contenue détruit quelquefois tout sentiment affectif. C'est par suite d'une impulsion de ce genre que cette jeune fille a voué à ses parents une haine implacable; entraînée dans une vie de désordre, elle y a rêvé des jouissances idéales; et un sentiment d'ambition vague, venant contre-balancer cette irritation des organes, amène le délire au paroxysme de la fureur dès qu'un obstacle vient s'opposer à la satisfaction de ses désirs. Une autre a à peine entrevu la jouissance de l'amour; devenue mère et abandonnée par celui qui l'a séduite, elle est en proie à un dés-

espoir qui la conduit bientôt à la manie ; haine et affection pour son amant, excitation incessante au plaisir, dégoût pour les suites de cette première faute ; l'organisme luttant contre un sentiment religieux mal défini, et par-dessus tout la honte, ont produit un accès de manie dont on ne s'est rendu maître qu'après un traitement fort long. Ici encore l'opium à haute dose a été le principal agent thérapeutique auquel nous pouvons justement attribuer la guérison de cette malade. Cet état érotique, qui coïncide quelquefois avec un développement assez marqué de l'intelligence, accompagne aussi bien souvent une débilité intellectuelle qui a tous les caractères de l'imbécillité. On connaît la salacité des idiots ; les individus dont nous parlons ne sont pas moins remarquables sous ce rapport. C'est à peine si l'on remarque quelques traces de délire dans les paroles ; l'impulsion érotique, le cynisme de sa manifestation, l'irrésistibilité de cet instinct, constituent seuls cet état pathologique qui, plus que tout autre, réclame une surveillance active et un isolement tutélaire. Il n'y a pas seulement dans cette situation attrait instinctif pour le plaisir, on y remarque, en outre, la perversion de cet attrait, qui, s'il n'était pas prévenu, pourrait donner lieu aux plus graves inconvénients.

Si l'excitation érotique est si souvent chez les femmes le point de départ du délire, chez d'autres le sentiment contraire a également été la cause de l'aliénation mentale. Nous avons eu deux malades, chez lesquelles le délire a éclaté le premier jour de leur mariage, et dont la lypémanie n'avait pas d'autres causes que les instances de leur mari pour vaincre la répugnance aux premières approches conjugales. Cette sorte de terreur avait amené chez l'une un véritable état de stupidité contre lequel on a employé avec succès l'administration interne de l'éther à haute dose.

Toutes les fois que le monde politique s'agite et que quelque grand événement remue la société jusque dans ses fondements, dès le premier moment la raison publique s'égare, et nous

voyons planer sur nos têtes ces germes d'un délire qui revêt des formes diverses suivant les diverses idiosyncrasies qui en subissent l'influence. Au centre même des événements, dans le foyer d'excitation, le délire devient bruyant, désordonné, ambitieux, une vive surexcitation se manifeste, et nos asiles se remplissent de ces arrangeurs délirants, de ces hallucinés utopistes qui veulent conduire la société lorsqu'ils n'ont pas pu se conduire eux-mêmes. Mais s'il en est qui par une énergie extraordinaire parviennent à se montrer sur la scène et à y jouer un rôle actif, il en est d'autres qui plus timides n'éprouvent qu'un sentiment de terreur sous l'influence de ces violentes commotions.

Plus on est éloigné du lieu du combat, moins on peut en apprécier sainement les phases diverses ; moins on est mêlé à la lutte, moins on a d'énergie pour la soutenir, et c'est ce qui nous explique pourquoi nous n'avons observé l'année dernière que des lypémaniques parmi les aliénés dont la maladie reconnaissait évidemment pour cause la situation politique du moment. Quel est celui qui dans sa jeunesse n'a pas vu se dresser devant lui le fantôme historique des terreurs de la première révolution ? Quel est celui auquel on n'a pas raconté ces immolations d'un parti à un autre, et combien ne rencontrons-nous pas de personnes qui, sans apprécier les raisons pour lesquelles une époque ne peut être plagiaire de l'autre, sont néanmoins saisies d'une terreur vague dès qu'il se manifeste des oscillations dans le tourbillon de la vie.

La crainte est un sentiment plus commun qu'on ne le pense, elle atteint quelquefois le courage le plus éprouvé, et tel qui serait impassible devant l'ennemi n'est pas maître de réprimer la terreur que lui inspire tout bouleversement social. Nous n'avons eu à observer ici que de rares exemples de cette crainte politique : chez l'un, il en est résulté un véritable état hypochondriaque ; chez l'autre des hallucinations terribles qui lui représentaient les supplices les plus inouïs ; une troisième voyait

tous ses biens envahis par le socialisme, et se croyant dépouillée de tout ce qu'elle possédait, elle ne voyait autour d'elle que des spoliateurs enrichis des débris de sa fortune; un quatrième enfin se croyait constamment l'objet d'inimitiés acharnées, entendait autour de lui les injures les plus blessantes et ne comptait plus sur aucune chance de sécurité.

La folie politique, réduite à ces exemples, indique assez que ce pays a peu participé à l'excitation générale; les détails individuels, les débats personnels y ont plus domié que la politique, et si le mouvement social y a ravivé des haines particulières, tout indique que la folie n'y a pas subi une recrudescence nouvelle.

C'est dans l'aliénation mentale surtout qu'on reconnaît tous les inconvénients d'une demi-instruction; c'est ordinairement aux idées qu'il comprend le moins que l'aliéné s'attache avec le plus d'opiniâtreté. Tel croit être soumis à l'influence permanente de la pile de Volta qui n'a jamais fréquenté un cabinet de physique, et tel autre qui n'est jamais sorti de son village nous parle de l'électricité à laquelle il attribue l'excitation qui l'anime. On dirait qu'il existe naturellement chez l'homme une propension irrésistible vers l'inconnu, son imagination s'égare dans le vague, et pour peu que les hallucinations viennent dominer sa liberté morale, il aime mieux attribuer ce qu'il souffre à des agents occultes qu'à un jeu normal et régulier des lésions organiques. Voyez ce malade qui souffre d'une affection du cœur: au lieu de comprendre que l'hypertrophie de cet organe entraîne à sa suite un appareil symptomatique qui lui est propre, il aime mieux attribuer à un être fantastique les phénomènes qui se manifestent chez lui. Au lieu de comprendre que ses hallucinations ne sont autre chose que l'expression réfléchie des idées qui lui traversent l'esprit, il les prend pour des paroles prononcées par un ennemi acharné, il objective ce qui est subjectif, et si quelques gouttes de teinture de digitale, diminuant l'activité de la circulation, lui ont procuré une nuit

plus calme et un sommeil réparateur, il nous remercie d'avoir employé dans son intérêt le plus grand pouvoir qui nous est dévolu. Peu d'aliénés échappent à cette croyance d'un pouvoir surnaturel dominant leur libre arbitre : c'est ce qui nous explique cette recrudescence religieuse chez ceux qui n'y paraissent pas d'abord naturellement prédisposés. Nous en connaissons un chez lequel chaque accès débute par le désir d'aller à confession, et pour peu qu'on satisfasse à ce désir, le délire éclate avec plus d'énergie, les terreurs de la damnation surgissent, et sans une prompte séquestration tout porte à croire que cet infortuné chercherait dans le suicide un refuge contre les tourments qui l'assiègent.

Parmi les causes de la manie, quelques auteurs ont signalé, avec raison, les fièvres intermittentes rebelles ; nous en avons sous les yeux un exemple remarquable. C'est en vain que nous chercherions le siège de la maladie dans aucun appareil organique ; une anomalie particulière de l'innervation peut seule nous expliquer les phénomènes que nous observons. Les accès de fièvre ont perdu leur régularité première, ils apparaissent à des intervalles qui ne sont point isochrones, il y a dans les périodes de l'accès une succession normale qui se reproduit chaque fois ; et chaque fois aussi sous l'influence de cet état pathologique l'irritabilité devient plus vive, l'incohérence des idées plus complète, puis cet orage se dissipe. L'administration des fébrifuges rend l'intermittence plus longue, la constitution du malade s'améliore, et quand on croit pouvoir suspendre un instant le traitement qu'on lui fait suivre, les phénomènes que nous avons indiqués se reproduisent de la même manière.

S'il y a des maniaques qui, pour nous servir de l'expression qu'ils emploient eux-mêmes, ont la tête perdue, c'est-à-dire dont l'incohérence d'idées tient à l'impossibilité de les former ou de les associer, et chez lesquels le désordre de la sensibilité s'allie à une débilité intellectuelle, le contraire aussi s'observe assez souvent, et nous en rencontrons qui ne sont incohérents que par

exubérance d'idées et en raison d'une intelligence mal dirigée, et non soutenue par un jugement sain. Si ces malades parvenaient à penser posément, si chaque idée n'était point chassée par une autre au fur et à mesure de sa conception, l'incohérence finirait souvent par disparaître, et c'est ce qui fait dire que dans ces cas elle est plus apparente que réelle. Il arrive aussi dans cette circonstance que le malade est plus fou par ses actions que par ses paroles, et que son irritabilité excessive donne à son délire une physionomie toute particulière. Cette irritabilité constitue même quelquefois tout le délire. Dans ses moments de calme l'aliéné paraît jouir de toute l'intégrité de sa raison ; mais que la cause la plus futile vienne à l'exciter, aussitôt il s'exaspère, n'entend plus rien, et ses propos incohérents trahissent un désordre général que l'on ne pouvait soupçonner un instant auparavant. C'est dans les masses que l'on observe surtout ce phénomène : un rien les excite, et pour peu qu'on les stimule, c'est un torrent impétueux dont il est impossible d'arrêter le cours. Chez ces malades point d'accès périodique, la maladie est toujours imminente ; et comme me le disait un jour un de mes malades, elle est dans mes os et dans mon sang, et quoi que vous fassiez vous ne l'en ferez pas sortir.

On remarque dans la société des hommes principalement occupés de futilités puériles ; tout les étonne, tout les surprend, ils ne peuvent s'arrêter à une idée précise ; sans opinions déterminées, ils tournent au moindre vent, et deviennent par leur mobilité grotesque la risée de ceux qui les observent. Ils sont rabâcheurs, non qu'ils tiennent à leur idée, mais parce qu'ils ne se rappellent pas l'avoir émise. Ils s'occupent constamment d'eux-mêmes, sans être pour cela égoïstes ; ils sont contents d'eux sans avoir de l'orgueil ; ils ne sont bons à rien qu'à faire du bruit, et sont au milieu des autres, ou un embarras, ou une inutilité. Que d'aliénés appartiennent à cette catégorie ! C'est le suprême degré de l'incohérence ; et si cette idiosyncrasie

délirante est quelquefois accidentelle, le plus ordinairement elle est primitive et présente peu de chances de guérison.

Parmi les passions qui dévorent le cœur de l'homme, l'envie est certainement celle qui nuit le plus à son intelligence. On est envieux par impuissance, on l'est par ambition, on l'est par perversité. On veut moins le bien d'autrui pour soi-même que pour voir son prochain dépouillé de ce qu'il a ; on veut moins s'élever au-dessus des autres que les rabaisser au-dessous de soi. Disposé au mal, on s'irrite du bien que l'on voit faire ; on nuit pour nuire : c'est un besoin comme un autre, et l'on n'a pas toujours conscience de cette disposition fâcheuse qui fait de celui qu'elle domine un fléau et souvent un objet de mépris. Ce sont ces dispositions que l'on rencontre chez beaucoup de lypémaniaques, constamment tourmentés par une misanthropie désolante qui leur fait voir tout en noir, et les porte même à des actes dangereux pour la sécurité publique, provoqués soit par un esprit de vengeance, soit par cette idée que le mal qu'on peut faire aux autres est un allègement à celui que l'on souffre.

Ces considérations nous amènent à parler de ces perversions morales, plutôt pathologiques que criminelles, que le juge hésite à punir, et dont le diagnostic présente au médecin aliéniste de sérieuses difficultés. Y a-t-il responsabilité morale dans l'accomplissement des actes qui sont la conséquence naturelle d'une semblable idiosyncrasie ? La réponse à cette question peut être immédiatement négative, quand il s'agit d'une transformation faisant contraste avec des antécédents tout opposés. On trouve alors par une observation attentive quelques traces d'un délire plus ou moins bien dissimulé, et l'acte incriminé, au lieu d'être isolé, trouve sa raison dans une fausse association de sentiments et d'idées. Mais la solution de la question est loin d'être aussi simple quand il s'agit de ces naturels essentiellement mauvais, de ces instincts irrésistibles vers le mal que ne complice au-

cun délire, qu'accompagne un certain développement intellectuel, et auxquels manquent, en apparence du moins, les caractères distinctifs d'une véritable maladie. Il est alors très difficile de saisir la limite qui sépare la criminalité de la perversion, et, sans les exemples assez nombreux déjà que possède la science, on ne pourrait dans bien des cas se dégager d'une certaine hésitation au moment de formuler une appréciation raisonnée de ces anomalies morales. Ordinairement, chez les sujets de cette nature, la disposition est la même dès l'âge le plus tendre; avant que se soient développées les diverses facultés, on remarque dans la constitution quelque chose d'anormal, un je ne sais quoi qui, dès l'origine, inspire de sérieuses inquiétudes pour l'avenir. Ces organisations malheureuses sont réfractaires à tous les soins qu'on leur donne; elles sont incomplètes, puisqu'il leur manque leur principal régulateur: les sentiments affectifs. Vous remarquez chez l'un un penchant prononcé pour le vol; l'autre fait souffrir avec un imperturbable sang-froid tous les animaux qui tombent sous sa main; un troisième ne se réjouit qu'autant qu'il peut détruire, et tous, indifférents pour le bien, ne semblent être dans leur véritable milieu qu'autant qu'ils font du mal. J'ai eu l'occasion d'observer cette année un de ces phénomènes de perversion instinctive qui fait la désolation de sa famille, et dont on ne pourra jamais modifier les pernicieuses habitudes. Ce qu'on remarque d'abord chez lui, c'est un arrêt de développement physique; âgé de seize ans, il paraît en avoir douze. Rien d'incomplet, du reste, dans l'apparence de son organisation; son intelligence est presque normale, il y a de la ruse dans sa conduite, mais les sentiments affectifs sont nuls, et il n'est pas d'autorité morale qui puisse dominer ces instincts vicieux. Rien ne peut l'empêcher de saisir avec un avide empressement l'occasion de faire le mal. Si dans certains cas ce sont de simples espiègleries causant plus de contrariétés que de dommage réel à ceux qui en sont l'objet, sa perversion s'arrête rarement à des actes de ce genre, et la crainte d'un châtiment est

impuissante pour l'arrêter lorsqu'il s'agit pour lui de porter plus loin la satisfaction du besoin de nuire. Le penchant au vol est surtout prononcé chez lui, non qu'il en veuille toujours tirer profit, car il lui arrive souvent de détruire l'objet volé. S'il peut faire souffrir impunément ceux qui l'entourent, il ne s'en fera pas faute, et mettra en même temps une certaine habileté à déguiser sa participation à telle ou telle action mauvaise. Tournée constamment vers un même but, sa pensée ne s'exerce que dans le même cercle; on ne peut fixer son attention; sa mobilité est extrême, et quelques efforts que l'on fasse, on ne parvient presque jamais à le fixer sur une occupation utile. Quand on le maintient avec une certaine sévérité, quand il sait qu'aucun moyen ne peut le soustraire à une surveillance active, quand enfin on le contraint par la crainte de la douche à exercer son intelligence, on remarque avec étonnement que celle-ci ne lui fait pas complètement défaut. Nous lui avons fait faire quelques études sur la langue allemande, et ses progrès y ont été assez sensibles. Un jour, il avait écrit une lettre sous la dictée de son maître, il a pu le lendemain nous en reproduire toutes les expressions pour nous prouver qu'il l'avait composée lui-même. Dernièrement, rentré dans sa famille, il a pris quelques vivres, a disparu pendant trois jours sans qu'il soit possible de découvrir le lieu de sa retraite. Ses provisions épuisées, il est rentré dans sa chambre sans qu'on puisse connaître l'issue par laquelle il avait passé. Il y a un an, il parvint à dérober 200 francs à sa grand'mère, et se rendit seul à Paris où il se trouva le 24 février 1848. Quoique sans expérience, et dans un moment aussi critique, il sut éviter une partie des embarras de sa situation. Arrêté, au moment où un adroit filou lui avait dérobé son argent, il fut conduit en prison, où il séjourna plusieurs mois, et nous voyons dans les lettres qu'il écrivit alors à sa famille toute la ruse qu'il sait employer quand il veut qu'on le tire d'un mauvais pas. Indifférent au mal qui peut survenir à ses parents, il subirait leur perte sans chagrin, l'avenir est nul pour lui, il

n'a aucune conscience de la différence du bien et du mal, il vit à l'aventure, sans but, sans idée, et tout nous présage que l'âge ne fera qu'aggraver une situation morale aussi déplorable. Si, dans quelques années d'ici, un crime venait à être commis par cet individu, si la justice venait à nous demander notre avis sur le sens moral qu'il faudrait y attacher, en présence des antécédents que nous venons d'esquisser, notre opinion ne saurait être douteuse, et nous concluons à l'existence d'une perversion de sentiments, d'une impulsion instinctive à laquelle l'absence d'une liberté morale suffisante donne un libre cours, dont nous ne saurions le rendre responsable.

Nous avons encore sous les yeux un autre malade tout aussi remarquable par la perversion de ses sentiments affectifs; seulement l'origine de cette dépravation morale se trouve dans un état d'hypochondrie principalement caractérisée par un instinct exagéré de la conservation. C'est dans les douleurs plus ou moins vives qu'il a cru ressentir, qu'il a puisé contre son père cette haine violente qui, peu de temps avant sa séquestration, l'avait porté aux violences les plus criminelles. Alliant une méfiance outrée à une intelligence peu développée, il voyait dans les faits les plus insignifiants l'indice *de tours que voulait lui jouer son père*, et les investigations faites par les médecins pour découvrir la cause d'une affection pulmonaire dont il paraissait atteint à cette époque, étaient considérées par lui comme le résultat d'accusations odieuses portées par son père pour le déshonorer. A-t-il été ou non enclin à l'onanisme comme il prétend qu'on l'a soupçonné, a-t-il eu des relations précoces avec des femmes, comme il prétend qu'on l'a dit, c'est ce que nous ne pouvons savoir; ce qu'il y a de certain, c'est que ses idées érotiques l'occupent constamment, et que ses lettres contiennent à ce sujet des détails qui, pour être des justifications, n'en indiquent pas moins dans son esprit un désordre assez marqué sous ce rapport. Quoique doué de peu de jugement, quoique d'une intelligence médiocre, il sait mettre dans

ses imputations une certaine ruse; mais si le début de ses lettres est généralement assez bien, nous observons que ses idées ne tardent pas à être incohérentes, dès qu'il veut entrer dans le récit des appréciations qu'il a faites de la conduite de son père à son égard. C'est en vain qu'on veut obtenir de lui des explications plus nettes et plus précises, il suppose qu'on s'entend avec ses parents pour le perdre, et oppose à toute sollicitation une résistance d'inertie qu'il est impossible de vaincre. Son père est pour lui un monstre odieux, qui a plusieurs fois mérité la mort, dont il voudrait toucher le bien par anticipation, et contre lequel il nourrit des projets de vengeance *pour les tours qu'il prétend lui avoir été joués*. Placé par sa séquestration dans l'impossibilité de se porter aux mêmes violences qu'autrefois, il écrit sans cesse aux magistrats pour leur dénoncer la conduite qu'il attribue à son père, et leur dévoiler des trames odieuses dont son imagination a fait tous les frais. Ce malade est d'une constitution délicate, ses fonctions digestives s'exercent quelquefois incomplètement, et il est sujet par intervalles à un rhume qui n'a rien de grave et qui disparaît promptement par suite des soins qu'on lui donne. Nous remarquons que l'état mental, décrit plus haut, s'exaspère sous l'influence de la moindre souffrance, et c'est surtout alors que reviennent ses accusations de trahison et d'empoisonnement qui avivent sa haine. Sa physionomie, assez en rapport avec ce caractère, nous présente une impassibilité sournoise qui décèle combien pourrait être dangereuse la méfiance haineuse qui le dévore. Les détails qu'il nous donne lui-même sont pour nous la preuve que cette situation est en quelque sorte congéniale, qu'il n'y a pas lieu d'espérer un amendement quelconque, et que la prolongation de sa séquestration est indispensable pour assurer la sécurité de sa famille.

Nous avons eu déjà plusieurs fois l'occasion d'expliquer comment l'aliénation mentale est une affection d'une nature mixte, au développement de laquelle concourent, dans des rapports

divers, les éléments somatique et psychique de notre existence. C'est précisément de là que provient cette variété de physionomie que l'on observe parmi les malades. Quelle différence ne remarquons-nous pas entre les aliénés dont l'intelligence est restée inculte, et ceux qui, par suite d'une éducation convenable ou d'heureuses dispositions naturelles, se trouvent placés à un degré plus élevé de l'échelle sociale? Chez les premiers, les lésions physiques sont plus nombreuses; chez les seconds, au contraire, l'affection morale est plus saillante; aux premiers le délire général, aux seconds surtout les délires partiels avec leurs arrangements plus ou moins bien coordonnés. Aux premiers, les passions dépressives; aux seconds, toute l'expansion des lésions de l'intelligence. Chez les premiers, peu de luttres des sentiments affectifs; chez les seconds, au contraire, susceptibilité excessive sous ce rapport; aux uns surtout les impulsions irrésistibles, aux autres les perversions morales combinées et réfléchies. Aux premiers, les croyances superstitieuses; aux seconds, le fanatisme; à ceux-là la terreur, à ceux-ci l'excitation des utopies, et ce qu'il y a de plus remarquable encore, c'est que la folie des seconds compromet plus l'existence, en raccourcit la durée, et se maintient plus longtemps à l'état aigu que l'aliénation mentale des premiers. C'est un point de vue sous lequel il importe encore d'étudier l'histoire des aberrations mentales. Chaque pays, chaque localité, doit fournir des éléments à cette étude, et c'est dans ce sens surtout que les asiles des départements peuvent être pour la science une mine féconde à exploiter.

Quelques auteurs ont voulu nier que les habitudes d'ivrognerie puissent avoir une influence marquée sur la production de l'aliénation mentale; sans doute leur opinion pourrait être fondée, si nous présentions l'abus des boissons comme cause constamment efficiente; mais l'observation nous démontre que ce vice, lorsqu'il n'est pas une cause directe, fait naître dans un grand nombre de cas des conditions de causalité spéciales, et

que bien souvent il constitue, pour les générations à venir, une véritable disposition héréditaire dont nous avons tous les jours l'occasion de constater l'influence. Plusieurs frères et sœurs d'une même famille sont, sans cause connue et appréciable, atteints d'aliénation mentale; nous interrogeons les parents, nous remontons à une génération antérieure et nous ne découvrons aucune trace de folie; mais le père et le grand-père ont eu des habitudes invétérées d'ivrognerie; l'idiosyncrasie morale des enfants a de génération en génération présenté des anomalies plus nombreuses, jusqu'à ce qu'enfin, après cette sorte d'incubation, l'affection mentale se déclare avec le cortège complet de ses symptômes. L'abus des boissons, en produisant l'ivresse, produit un délire passager dont la forme varie suivant les individus et leurs dispositions antérieures. Il excite leur irritabilité ou produit une sorte de stupeur; il est fugace, se dissipe promptement, ou bien se concentrant en quelque sorte à chaque nouvel excès, il arrive à son summum qui est le *delirium tremens*. C'est, si nous pouvons nous exprimer ainsi, le délire ébrié essentiel; dans d'autres cas, la tolérance des organes dissimule cet abus de boissons; si la raison ne s'égare pas par cette funeste habitude, l'organisme n'en subit pas moins l'influence, et c'est ce qui nous explique comment les individus, adonnés à ce genre de vie, sont plus que tous autres impressionnables à l'action des causes qui produisent l'aliénation mentale.

Cet abus de boissons n'est pas toujours chronique, comme nous venons de l'indiquer, il est quelquefois aigu et accidentel; loin d'être une cause, il est l'effet d'une disposition morale particulière, et c'est ainsi que ceux qui noient leur chagrin dans le vin, trouvent bien souvent au fond du dernier verre tous les égarements d'un délire furieux.

L'ivrognerie, enfin, est dans d'autres circonstances une dépravation du goût, une impulsion irrésistible, une perversion proprement dite, comme celles dont nous avons parlé plus

haut. C'est la passion de boire, comme la nymphomanie est la passion érotique, comme la kleptomanie est celle du vol. L'infortuné qui en subit l'influence ne peut y résister, ce n'est pas qu'il éprouve du plaisir à boire, ce n'est pas que les liqueurs fortes stimulent agréablement son palais, c'est à peine s'il les déguste; ingérées, elles lui causent des douleurs intolérables, et néanmoins il y revient sans cesse, jusqu'à ce qu'une semblable conduite ait pour résultat définitif un profond abrutissement. C'est dans la classe des ivrognes, à quelque variété qu'ils appartiennent, que se recrute principalement ici la paralysie générale, et c'est parmi ces malades aussi que nous voyons éclater ces affections intestinales qui, à certaines époques, déciment les populations d'aliénés.

Les habitudes d'*ivrognerie* paraissent être moins fréquentes chez les femmes que chez les hommes, mais elles y exercent aussi de plus grands ravages. Il est rare qu'elles ne s'allient pas à une certaine excitation érotique, soit comme effet, soit comme cause, et même lorsque l'aliénation mentale n'éclate pas, il arrive presque toujours que le dérèglement des mœurs conduit à un penchant irrésistible pour les boissons fermentées.

Les névroses en général exercent sur les manifestations psychiques une influence non contestée, et parmi elles l'épilepsie est peut-être celle qui contribue le plus à modifier ou à suspendre l'exercice de la liberté morale. Lors même que cette affection n'est le signal d'aucun délire, et que la raison reste intacte ainsi que l'intelligence, on voit la sensibilité et le tempérament moral éprouver de sérieuses altérations. L'idiosyncrasie épileptique n'est point un vain mot, et nous voyons souvent les individus les plus doux en apparence amenés par leur accès au summum de la fureur. Trop de descriptions de cette maladie ont été publiées pour que nous voulions ici reproduire le tableau complet de ses symptômes. Nous nous bornerons à remarquer que le vertige épileptique est celui qui prédispose le plus au délire, que l'excitation délirante précède ordinairement l'accès d'épilepsie qui en est bien souvent la

crise; que cette excitation est d'autant plus dangereuse que l'accès est moins complet; que des accès successifs et à courts intervalles produisent plutôt un état de stupeur ou de démente transitoire, que les maladies incidentes paraissent être exclusives, dans le plus grand nombre des cas, du retour de ces accès, et que chez le même individu il peut y avoir des accès sans délire, comme il peut éclater du délire sans que l'accès revienne. C'est à tort que la loi sur les aliénés a omis de comprendre dans son cadre la grande famille des épileptiques, c'est une omission à laquelle on supplée par des analogies, mais il serait essentiel qu'une sanction légale fût donnée aux indications que fournit la science, soit dans l'intérêt de ces malades, soit dans celui de la sécurité publique.

Les opinions des auteurs sont loin d'être d'accord sur le rôle que joue la paralysie générale dans ses rapports avec la marche de l'aliénation mentale. Les uns considèrent comme un délire à part et simplement symptomatique, celui qui coïncide avec la paralysie et retranchent ainsi de la famille des aliénés proprement dits tous les sujets où l'on observe cette complication. Cependant si dans certains cas la paralysie semble précéder l'invasion formelle et apparente du délire, il arrive aussi plus souvent que cette complication signale le passage à la démente. Aussi pensons-nous que nous ne devons pas plus exclure de notre cadre nosologique les aliénés paralytiques, que ceux dont le délire a pour point de départ d'autres conditions de causalité somatique. Les affections du cœur, du foie, des intestins, sont trop souvent la cause principale de l'aliénation mentale pour qu'on puisse exclure tout ce qui présenterait une complication organique quelconque. Mais sans entrer ici dans des détails que ne comportent pas les limites que nous nous sommes imposées dans ce travail, nous nous bornons à citer un fait qui n'est pas sans intérêt dans cette question. Chez un de nos malades atteint de paralysie générale consécutive à une monomanie ambitieuse qui a éclaté à la suite de désordres de conduite de toute nature, nous observons depuis trois ans une singulière

intermittence dont nous ne nous rappelons pas avoir eue encore vu d'exemple. Tautôt la paralysie générale paraît être arrivée au dernier degré, on ne peut tenir le malade que dans son lit ou sur un fauteuil ; la démence est complète ; il ne reconnaît aucune des personnes qui l'entourent ; d'embarrassée qu'elle était d'abord, la prononciation est devenue impossible. Le malade laisse aller ses excréments qui s'échappent à son insu ; il faut lui présenter ses aliments, parce que les mouvements de préhension sont devenus impossibles, et des congestions cérébrales fréquentes mettent à chaque instant sa vie en danger. Il faut à chaque instant recourir soit aux émissions sanguines, soit aux révulsifs. C'est surtout pendant l'hiver que nous observons cette situation fâcheuse ; dès que la saison devient plus favorable, cet appareil symptomatique disparaît peu à peu, et nous finissons par ne plus remarquer cette paralysie générale qui peu de jours auparavant nous donnait tant d'inquiétude. La réaction renaît et reprend une nouvelle énergie, et le dément du mois précédent redevient un monomane ordinaire doué de toute la liberté de ses mouvements, travaillant avec ardeur soit à la culture soit dans le service intérieur, parlant avec facilité, et laissant même jaillir à travers les erreurs de son délire les traits d'une intelligence peu ordinaire pour sa condition. Il est d'une propreté minutieuse, surveille attentivement ce que font les autres malades, et nous lui avons dû plus d'une fois des remarques très utiles. L'hiver que nous venons de traverser n'ayant pas été rigoureux, sa santé n'en a pas souffert, et si pour un moment il a été un peu moins actif que d'habitude, nous n'avons cependant pas vu reparaître la démence.

Préconisées d'abord pour supprimer la douleur qui accompagne toujours les opérations chirurgicales, les inhalations éthérées ont paru pouvoir être de quelque utilité dans le traitement de l'aliénation mentale. Nous les avons expérimentées d'abord chez quelques épileptiques, et nous avons dû y renoncer en raison du délire consécutif et assez prolongé qui en ré-

sultait. Mais nous en avons constaté les bons effets chez plusieurs maniaques, qui leur ont dû leur guérison presque instantanée, quoique l'accès fût dans sa période d'acuité. Chez une fille qui, du délire le plus turbulent, avait, à la suite de l'emploi de ce moyen, passé à une stupidité complète, nous avons employé l'éther à l'intérieur pour ranimer les forces, et elle est sortie guérie peu de temps après. Ce n'est que dans la manie aiguë que les inhalations éthérées ont réussi. Nous l'avons vainement employé dans un cas de catalepsie; elles n'ont produit chaque fois qu'une sueur profuse, on aurait dit que le corps se refusait à se charger des vapeurs éthérées qui se dégageaient immédiatement par cet émonctoire. Les inhalations éthérées n'ont jamais été prolongées, nous avons préféré les administrer à doses fractionnées; l'effet sédatif en était plus prononcé. Dans le cas contraire, il se produisait un délire éthéré bien différent du délire primitif qui reparaisait dès que le malade n'était plus sous l'influence de l'éther. L'éther ne nous a point réussi chez des malades doués d'une constitution pléthorique, parce que nous ne pouvions pas en prolonger suffisamment l'action. Dans deux des cas que nous avons observés, les malades n'ont point eu conscience du traitement que l'on avait employé à leur égard. Les faits que nous avons observés sont encore trop peu nombreux pour faire règle, mais quatre guérisons sont de nature à nous donner quelque espoir pour l'avenir. Le chloroforme, que nous avons aussi expérimenté, ne nous a pas donné des résultats aussi satisfaisants. L'effet sédatif a été prompt, mais fugace, aucun effet constant n'en est résulté, et, quelques minutes après, le délire éclatait avec la même intensité.

Telles sont les principales réflexions auxquelles donne lieu l'observation des malades que nous avons admis dans le cours de cette année. Elles nous ont paru devoir présenter plus d'intérêt qu'un stérile relevé de chiffres sans signification et sans valeur.

RECHERCHES
SUR LA
PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE,

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE CETTE MALADIE,

PAR

M. L. LUNIER,
ancien interne des hôpitaux de Paris.

(Suite et fin (1).)

DEUXIÈME PARTIE.

Autre chose est de signaler en passant, et comme un aperçu jeté par hasard, tel ou tel fait pathologique, ou de l'étudier isolément, d'en rechercher toutes les transformations, et d'en déduire des indications thérapeutiques importantes; là, ce me semble, est la véritable découverte. Faisons l'application de cette proposition à la maladie qui nous occupe.

La paralysie générale, avons-nous dit, est une maladie spéciale, indépendante de la folie, et dans laquelle les lésions de la motilité apparaissent avant toutes les autres. Ce n'est point là certes une assertion nouvelle, puisqu'on la retrouve plus ou moins implicitement signalée dans la plupart des auteurs qui parlent de la paralysie générale; et cependant ce fait, d'une importance si capitale, a tellement passé inaperçu, même pour ceux qui l'ont indiqué comme par hasard, que de nos jours, quand M. Baillarger est venu le poser en principe et en démontrer toutes les conséquences pratiques, des médecins d'un mérite incontestable, mais que les circonstances spéciales au milieu desquelles ils vivaient, empêchaient de voir la vérité, se sont hautement récriés et ont essayé de réfuter ce qu'ils re-

(1) Voir le numéro précédent.

gardaient presque comme une hérésie médicale. Empressons-nous d'ajouter d'ailleurs, qu'aujourd'hui encore cette vérité est méconnue par beaucoup de praticiens. Aussi, après avoir essayé dans la première partie de ce travail de confirmer par quelques observations, la plupart inédites, le fait fondamental érigé en principe par M. Baillarger, croyons-nous devoir en rechercher le germe, pour ainsi dire, dans les principaux auteurs, et démontrer comment cette vérité, à peine entrevue par Haslam, Esquirol et Georget, est peu à peu sortie des ténèbres qui la cachaient aux yeux des observateurs.

John Haslam est à ma connaissance le premier auteur qui ait parlé de la paralysie générale. Voici comment il s'exprime à la page 259 de son ouvrage (1).

« *Les affections paralytiques sont une cause de folie beaucoup plus fréquente qu'on ne le suppose, et elles sont aussi un effet très commun de la manie. Les paralytiques offrent ordinairement des lésions de la locomotion indépendantes de leur folie; la parole est embarrassée, la bouche déviée, les bras ou les jambes sont plus ou moins privés des mouvements volontaires, et chez la plupart la mémoire est notablement affaiblie.*

» Ces sortes de malades n'ont pas, en général, le sentiment de leur position. Faibles au point de pouvoir à peine se tenir debout, ils se disent extrêmement vigoureux et capables des plus grands efforts.

» Quelque pitié qu'un tel état puisse inspirer à l'observateur, il est heureux pour le patient que son orgueil et ses prétentions soient en raison inverse du malheur qui l'accable.

(1) OBSERVATIONS ON MADNESS AND MELANCHOLY, *including practical remarks on those diseases together with cases and on account of the morbid appearances on dissection.* London, 1798; 2^e édit., 1809. (Cit. de M. Brierre.)

« Aucun de ces malades n'a éprouvé d'amélioration dans l'hôpital, et d'après mes recherches dans les établissements particuliers où ils ont été ensuite enfermés, il demeure constant qu'ils sont morts subitement d'apoplexie, ou qu'ils sont tombés dans l'imbécillité ou dans le marasme, par suite d'attaques répétées. »

Ce passage de l'auteur anglais indique non seulement qu'il connaissait parfaitement la paralysie générale, mais qu'il en appréciait les symptômes mieux que ne l'ont fait après lui des manigraphes qui ne semblent point avoir connu les quelques lignes que je viens de citer.

Esquirol, à la page 263 du tome II de son grand ouvrage sur les maladies mentales (1), dit avoir le premier, dans sa thèse (2), appelé l'attention sur la paralysie générale. J'ai parcouru avec le plus grand soin la thèse du célèbre aliéniste, ainsi que les différents mémoires qu'il publia à la même époque sur l'aliénation mentale dans le *Recueil périodique de la Société de médecine*, (t. XVII et XX), et je n'ai pu retrouver le passage auquel *Esquirol* fait allusion (3).

Quelques années plus tard, dans l'article *Démence* du grand *Dictionnaire des Sciences médicales* (1814), *Esquirol* parle de la paralysie générale des aliénés qu'il regarde comme une complication très fréquente de la démence (t. VIII, p. 283). Ce-

(1) *Des maladies mentales, considérées sous le rapport médical, hygiénique et médico-légal*. Paris, 1838.

(2) *Les passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*; an XIV (1805), thèse de Paris, n° 574.

(3) Ce passage néanmoins existe évidemment quelque part, puisque *Esquirol se défend*, comme l'en avait accusé le docteur Burrows (*Commentaries on the causes, forms, symptoms and treatment moral and medical of insanity*; London, 1828), d'avoir considéré la paralysie des aliénés comme l'effet de la folie (t. II, p. 259).

pendant l'auteur cite la *paralysie* et l'*apoplexie* parmi les *causes* de la *démence chronique* (*id.*, p. 292).

Dans son grand ouvrage, Esquirol est plus explicite. Voici, en effet, comment il s'exprime :

« Elle (la paralysie générale) éclate tantôt avec les premiers symptômes du délire, pendant la période d'acuité si remarquable au début de presque toutes les folies, *tantôt elle précède le délire*, tantôt elle vient en quelque sorte se joindre à lui. Quelle que soit, au reste, l'époque à laquelle se montre la paralysie, son invasion a quelquefois lieu sans phénomène grave ; quelquefois elle est la suite de congestions, de fièvres cérébrales, de convulsions épileptiformes, etc. » (T. II, p. 263.) Nous verrons plus loin combien ce passage s'accorde avec l'opinion que nous défendons.

Georget, dans son ouvrage sur la folie (1), dit :

« La paralysie se montre quelquefois dès le début de la folie... C'est un symptôme fâcheux qui annonce l'incurabilité : le plus ordinairement c'est dans la *démence*, lorsque les malades font des progrès en mal, que les muscles se paralysent. » (P. 130.)

Dans le passage suivant, Georget semble néanmoins considérer la paralysie générale comme une affection distincte, anatomiquement constituée par l'encéphalite générale chronique.

« L'encéphalite générale chronique est peu connue : nous la croyons cependant très commune. Les aliénés, chez lesquels on l'observe, tombent dans la *démence*, sont pris d'une paralysie générale et graduellement progressive, quelquefois de plusieurs attaques apoplectiformes, convulsives, à des intervalles plus ou moins éloignés ; toutes les fonctions nutritives se font ordinairement mieux que de coutume. » (2).

(1) *Traité de la folie*. Paris, 1820.

(2) *Dictionnaire de médecine en 21 volumes*, 1823, t. VIII, p. 29.

M. Bayle, dans sa thèse (1), décrit sous le nom d'arachnitis chronique, une affection dont les symptômes « peuvent tous se réduire à une paralysie générale et incomplète et à un dérangement des facultés intellectuelles, ces deux ordres de phénomènes marchant d'un pas égal et proportionnel... »

L'auteur, à l'appui de cette manière de voir, rapporte six observations, dont voici le résumé :

OBS. I. « Au début, perte subite de connaissance, hémiplegie; peu d'instant après, retour du sentiment et du mouvement du côté paralysé, mais embarras sensible dans tout le système musculaire; dès ce moment, trouble des facultés, monomanie ambitieuse. » A l'autopsie, on ne trouva point de foyer hémorragique.

OBS. II. « A l'origine de la maladie, un tempérament sanguin, des excès de tous genres, la suppression d'un flux hémorrhoidal habituel, des chagrins violents déterminent une congestion cérébrale qui se manifeste par une gêne dans la prononciation et la démarche; en même temps l'arachnoïde s'irrite et donne lieu au délire monomaniacal et à l'agitation qui l'accompagne de temps en temps. »

OBS. III. « A l'invasion et pendant la première période de la maladie, suppression d'un flux hémorrhoidal abondant, congestion cérébrale qui se manifeste par la gêne de la prononciation et de la démarche, état fréquent d'exaltation, dérangement des facultés, délire borné à un certain nombre d'objets. »

OBS. IV. « Première période. — Le malade est frappé de plusieurs attaques d'apoplexie qui consistent en une congestion subite des vaisseaux du cerveau et de ses membranes. Ces attaques, dont les effets disparaissent d'une manière incomplète, sont suivies d'une congestion sanguine légère, mais habituelle, qui produit l'affaiblissement des facultés intellectuelles, et surtout de la mémoire. »

(1) *Recherches sur les maladies mentales*, thèse de Paris, 1822, n° 247.

Ici le début de la paralysie musculaire n'est point indiqué : mais en lisant l'observation, il est facile de se convaincre qu'elle a, comme dans les autres, précédé l'affaiblissement des facultés intellectuelles.

OBS. V. Dans cette observation, les renseignements sont incomplets; on ne peut rien conclure de positif sur le début de la paralysie et de la démence.

OBS. VI. « Perte de la mémoire, trouble des idées, mélancolie, puis démence avec paralysie incomplète. »

Ainsi, dans la plupart des observations que M. Bayle rapporte comme appartenant à une « espèce d'aliénation mentale symptomatique, » les lésions de la motilité existaient, d'après le dire de l'auteur lui-même, avant qu'il eût été possible de reconnaître le moindre affaiblissement de l'intelligence.

Quatre ans plus tard, M. Bayle publia un volume de 600 pages, uniquement consacré à la description de la méningite chronique, qu'il regarde comme une forme spéciale d'aliénation mentale, avec paralysie générale (1).

Les 63 observations que M. Bayle rapporte dans son livre sont presque toutes semblables à celles qu'il avait publiées dans sa dissertation inaugurale, et dont je viens de donner l'analyse. Je ne crois donc point devoir m'y arrêter. M. Bayle, d'ailleurs, a rendu ma besogne facile : il me suffira, en effet, d'extraire quelques passages de son livre pour rendre évidente la proposition que j'ai avancée, à savoir : que les symptômes de la paralysie musculaire se manifestent presque toujours avant les désordres de l'intelligence. Voici ces passages :

« Cette observation nous présente d'abord un fait qui la distingue de toutes celles que nous avons examinées jusqu'à présent, c'est que pendant les quatre premiers mois, le malade

(1) *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*; 1^{er} volume : *Maladies mentales*, Paris, 1826. Le 2^e volume de cet ouvrage n'a pas encore paru.

n'a présenté aucune espèce de paralysie incomplète de la langue ou des membres inférieurs... » (P. 72.)

Et plus loin, à l'occasion des prodromes de la méningite chronique :

« Mais de tous les *phénomènes précurseurs* de l'inflammation chronique des méninges, *aucun n'est plus fréquent qu'un léger embarras de la langue*, qui se fait remarquer dans certains moments par de l'hésitation et de la lenteur dans la prononciation de quelques mots, et quelquefois même par un peu de bégaiement.

« Ce symptôme, qui survient le plus souvent à la suite d'une attaque de congestion, se dissipe quelquefois au bout d'un assez court intervalle, pour revenir ensuite, surtout lorsque l'attaque se renouvelle. Il est *souvent le seul phénomène qui précède l'invasion de l'aliénation*. Il n'est pas rare aussi de remarquer un peu de difficulté dans les mouvements des membres inférieurs... » (P. 493.)

M. Bayle n'en considère pas moins la maladie qu'il décrit si minutieusement comme une espèce d'aliénation mentale, dont la paralysie générale ne serait qu'un *symptôme*, une complication.

En 1824, M. *Delaye*, qui avait étudié les maladies mentales à la Salpêtrière, choisit également pour sujet de thèse la *paralysie générale* des aliénés, et décrit cette affection comme se rencontrant à peu près exclusivement chez ces malades.

Or, sur les six observations détaillées rapportées par M. *Delaye*, il en est deux (OBS. IV et V, Metay et Brenaing) dans lesquelles la paralysie musculaire était parfaitement établie avant qu'il n'y eût aucun signe de *démence*. La sixième est celle que nous avons déjà reproduite en entier comme un exemple de paralysie générale sans aliénation mentale.

Voici d'ailleurs comment s'exprime M. Delaye en parlant du début de la maladie :

« Les symptômes qui doivent faire craindre cette maladie (la paralysie générale) sont la faiblesse et la perte de la mémoire, car c'est par là que la paralysie commence d'ordinaire; elle ne survient guère que chez les aliénés qui sont en démence, soit que la démence soit établie depuis un certain temps, ou que l'invasion de l'une ou de l'autre soit simultanée.

« Quoi qu'il en soit, *la langue est le premier organe affecté...* »

En 1826, M. Calmeil publia sous le titre : *De la paralysie considérée chez les aliénés*, une excellente monographie de cette maladie. Ce judicieux observateur se demande si la paralysie générale « peut, avec tous les caractères qui lui sont assignés, se présenter chez les personnes dont l'intelligence est saine, ou, en d'autres termes, si elle peut avoir une existence isolée et indépendante de l'aliénation mentale. » Et il répond à cette question par la négative, parce qu'il regarde « comme chose impossible que la raison reste longtemps intacte, quand le cerveau est aussi profondément affecté qu'il a coutume de l'être dans les cas de paralysie générale. » (P. 8.)

Autre chose, ce me semble, est d'admettre que la démence doive presque nécessairement se joindre aux autres symptômes de la paralysie générale (nous sommes sur ce point à peu près d'accord avec M. Calmeil, et, je crois, la plupart des médecins aliénistes), ou de vouloir que cette maladie ne puisse se présenter chez des individus sains d'esprit. Puisque M. Calmeil admet que la paralysie générale débute assez souvent en même temps que l'aliénation mentale et quelquefois même avant cette dernière, comment peut-il dire qu'elle ne puisse se développer chez des sujets dont l'intelligence est saine? Je démontrerai d'ailleurs plus loin que le désordre intellectuel qui existe chez les paralytiques n'est pas le plus souvent de l'aliénation mentale,

mais de la démence, c'est-à-dire une diminution ou une abolition de l'intelligence.

Si M. Calmeil se fût posé cette question, nous ne doutons pas qu'il n'eût tiré de ses excellentes observations des conclusions bien différentes de celles qu'il en a déduites, et qu'il n'eût point considéré la paralysie générale comme un symptôme, une terminaison de l'aliénation mentale.

Nous devons dire, du reste, que dans l'article remarquable qu'il publia en 1841 sur la paralysie générale dans le *Nouveau dictionnaire de médecine* (t. XXIII), M. Calmeil a beaucoup modifié sa première opinion, comme il est facile de s'en convaincre en lisant le passage suivant :

« L'on a cru pendant longtemps que la paralysie générale incomplète n'était que la terminaison de la folie ancienne ; la *paralysie débute quelquefois avant*, quelquefois après le délire. Très souvent un examen minutieux des malades démontre qu'il y a eu coïncidence entre la manifestation des symptômes moraux et intellectuels, et la manifestation du bégaiement accidentel, qui annonce le développement de la méningo-encéphalite chronique. Cependant comme il n'est pas rare qu'un léger vice de la prononciation échappe à une observation peu attentive, chaque jour, et à tort, les familles des aliénés assignent au délire une date plus ancienne qu'à la lésion des mouvements, dont elles vont jusqu'à nier l'existence. L'affaiblissement de l'exercice musculaire sans trouble des facultés mentales et intellectuelles, l'embarras de la langue sans lésion apparente des idées, n'attirent même pas l'attention de la plupart des médecins, et il résulte de là que les cas où la paralysie incomplète précède l'aliénation mentale semblent très peu nombreux. Ce début de l'encéphalite mérite d'être signalé comme très insidieux... » (P. 137.) Si M. Brierre se fût souvenu de ce passage, il n'eût point écrit (en 1847) que M. Calmeil regardait comme très rares les cas où l'embarras de la parole signale l'apparition de la maladie.

L'auteur de la doctrine physiologique, *Broussais*, est à mon avis un de ceux qui aient le mieux compris le mode d'évolution de la maladie qui nous occupe. Aussi ne puis-je m'empêcher de citer les quelques passages suivants que j'emprunte à un de ses ouvrages qu'on ne saurait trop lire.

«... On voit cette dernière (la démence) succéder aux douleurs de tête rebelles, aux longs travaux d'esprit, aux veilles, aux grands efforts de mémoire, aux congestions sanguines apoplectiformes répétées, aux attaques de paralysie; on la voit se former peu à peu chez les personnes qui sont restées hémiplegiques ou privées de quelques sens, après avoir été rappelées d'un ou plusieurs accidents apoplectiques; elle se développe également chez celles qui portent des paralysies partielles, soit d'un sens, soit de quelques muscles, sans avoir essuyé d'attaques complètes de l'apoplexie avec hémiplegie, ou de celle sans hémiplegie à laquelle certains auteurs réservent le nom de coup de sang...»

Et plus loin :

« La paralysie générale *peut*, ainsi que nous l'avons dit, *débuter* avec la démence; mais il arrive aussi qu'elle la *précède* ou qu'elle la suit à des intervalles divers : plusieurs personnes d'âges différents, mais surtout de l'âge dit de retour, après avoir supporté de grands travaux intellectuels, des peines d'esprit, de longues céphalalgies, après avoir reçu des coups ou fait des chutes sur la tête, sur le rachis, sur la poitrine et même sur le bassin, éprouvent des douleurs dans les muscles, de l'embarras dans la progression, de la difficulté à prononcer certains mots, longtemps avant de s'apercevoir que leur mémoire commence à les abandonner et d'être menacés de démence... (1). »

Dans un article inséré en 1829 dans le *Dictionnaire de mé-*

(1) *De l'Irritation et de la Folie*. Paris, 1828, p. 390 et 396.

decine et de chirurgie pratiques (t. I, p. 501), M. Foville s'exprime ainsi en parlant de la paralysie générale :

« Chez le plus grand nombre des aliénés qui présentent cette complication, elle ne s'est montrée qu'à la suite des désordres intellectuels; chez quelques uns, le début de ces deux genres de désordres a été simultané; enfin, chez un petit nombre, *l'altération musculaire semble avoir précédé celle de l'entendement.* » D'ailleurs, quelques lignes plus loin, M. Foville ajoute que le plus souvent (19 fois sur 20) le genre de délire qui accompagne la paralysie générale est la démence, dont la monomanie ambitieuse n'est, selon lui, qu'une manifestation. (P. 513.)

M. Daveau (1) semble avoir entrevu le fait fondamental que nous cherchons à démontrer dans ce travail. Voici, en effet, comment il s'exprime :

« Les premiers symptômes de la paralysie générale apparaissent très souvent, comme je l'ai déjà dit, à la suite d'une ou de plusieurs congestions cérébrales. Ordinairement, au début de la maladie, les individus sont soumis à la surveillance de gens tout à fait incapables d'apprécier les premiers symptômes de paralysie, très capables, au contraire, de reconnaître le moindre trouble de l'intelligence. Il suit de là que le délire doit presque toujours être indiqué comme le symptôme qui apparaît le premier. Il est bien probable cependant que si les malades étaient soumis à une observation attentive et éclairée, on verrait que le plus souvent la lésion des facultés sensoriales débute en même temps que la lésion des facultés intellectuelles; car ces deux lésions étant, selon toute apparence, le symptôme des mêmes causes, il est peu rationnel de supposer que l'apparition de l'une précède celle de l'autre. » (P. 11.)

(1) *Dissertation sur la paralysie générale observée à Charenton*, thèse de Paris, 1830, n° 79.

M. Lélut admet que dans un certain nombre de cas, *le trouble de l'intelligence est la conséquence manifeste de la lésion des mouvements* ou de la paralysie, et ne vient que plus ou moins longtemps après le commencement de cette dernière, qui peut d'ailleurs survenir brusquement, ou bien avec lenteur et progressivement. Les détails dans lesquels M. Lélut est entré à l'occasion de cette paralysie générale consécutive méritent d'être lus avec attention (1).

M. Parchappe distingue dans les observations de paralysie générale deux classes de faits :

« Ceux dans lesquels la paralysie se manifeste dès le début de l'aliénation ;

» Ceux dans lesquels la paralysie ne se montre qu'après une longue durée du désordre intellectuel. »

Puis du dépouillement de 43 observations de paralysie générale, M. Parchappe déduit les corollaires suivants :

« On peut déjà conclure de ceci, que *c'est à tort qu'on a considéré la paralysie générale comme une des terminaisons de l'aliénation mentale.*

» Le nombre des cas où la paralysie suit avec le délire une ligne de développement parallèle est de beaucoup plus considérable que celui des cas où elle vient s'associer comme complication à une aliénation mentale déjà ancienne. Il est même des cas où la paralysie semble prendre l'initiative (2). »

La thèse de M. Legal-Lasalle contient un passage dans lequel l'auteur semble regarder la paralysie générale comme une affection distincte et indépendante de l'aliénation mentale. Mais

(1) *Inductions sur la valeur des altérations de l'encéphale dans le délire aigu et dans la folie.* Paris, 1836, p. 91 et suiv.

(2) *Recherches sur l'encéphale.* Paris, 1838, 2^e mémoire, pages 152 et 153.

les détails qui précèdent cette proposition démontrent que M. Lasalle n'a point voulu généraliser ce fait, et qu'il n'entend parler que d'un groupe de malades. Voici d'ailleurs ce passage :

« La maladie désignée sous le nom de paralysie générale des aliénés ne doit donc point être considérée comme une dernière transformation, une terminaison des vésanies, et la lésion spéciale des mouvements qu'on observe ici ne doit point être considérée non plus comme une complication éventuelle de l'aliénation, mais le symptôme constant d'une affection particulière de l'encéphale parfaitement définie, d'autre part, par l'ensemble de ses causes et par ses caractères anatomiques (1). »

Dès l'année 1845, à l'occasion de communications faites dans le sein de plusieurs Sociétés savantes de Paris (2), quelques praticiens émisrent l'opinion qu'il existait des paralysies générales sans aliénation (Baillarger, Duhamel, Prus, Requin), et qu'il y avait une analogie évidente entre la paralysie générale des adultes et la paralysie des vieillards (Prus). Dès lors l'éveil était donné, et il ne fut pas difficile de trouver dans les hôpitaux et dans la pratique civile des cas de paralysie générale sans délire. Ce fut dans cette même année que, sur les instigations de M. Baillarger, je commençai les recherches dont j'ai donné un aperçu dans la première partie de ce Mémoire.

En 1846, M. *Baillarger*, qui depuis plusieurs années s'occupait lui-même de cette question, fit connaître le résultat de ses recherches dans une de ses leçons cliniques (3) sur laquelle

(1) *De quelques points de l'histoire de la paralysie générale des aliénés.* Thèse de Paris, 1843, n° 140.

(2) V. *Annales médico-psychol.*, t. V, p. 452; t. VII, p. 298, et t. VIII, p. 133.

(3) V. *Annales médico-psychol.*

nous aurons l'occasion de revenir. Voici comment le médecin de la Salpêtrière résumait alors son opinion sur le mode d'évolution de la paralysie générale :

« M. Calmeil ne cite qu'un seul cas où la folie ait précédé de très longtemps (treize ans) la paralysie ; pour moi, je suis convaincu que la paralysie précède presque toujours le délire, et je regarde comme exceptionnels les cas dans lesquels les symptômes se succèdent dans un ordre inverse. »

M. Baillarger a repris depuis cette question, et les faits qu'il rapportés dans une note publiée en 1847 (1) lui ont semblé pouvoir servir à étayer une opinion qui consisterait :

1° « A regarder la lésion des mouvements comme l'élément primitif et principal ;

2° « A faire de l'aliénation mentale un phénomène secondaire existant le plus souvent, mais pouvant manquer dans un grand nombre de cas ;

3° « A séparer complètement la paralysie générale de la folie, et à la regarder comme une maladie spéciale et indépendante. »

Il était difficile d'émettre une opinion plus en désaccord, je ne dirai pas avec celle de ses devanciers, mais avec les idées les plus répandues aujourd'hui encore parmi les médecins, et je dirai même parmi les aliénistes.

M. *Requin*, dès l'année 1846, professa également que la paralysie générale pouvait exister sans aliénation. Voici comment il s'exprime à cet égard :

« Mais quelquefois on la voit aussi faire invasion chez des personnes jusque-là saines d'esprit, et n'aboutir à la démence confirmée que plus ou moins tard (2). »

Il ne faudrait pas croire que les auteurs qui ont écrit plus

(1) V. *Annales médico-psychol.*, t. IX, p. 331.

(2) *Éléments de pathologie médicale*. Paris, 1846, t. II, p. 90.

récemment sur la paralysie générale soient aussi explicites dans leur manière de voir. Dans un ouvrage exclusivement consacré à la paralysie générale chronique (1), M. *Hubert-Rodrigues*, après avoir rapporté un assez grand nombre d'observations, dont la plupart sont empruntées aux auteurs, n'admet que comme exceptionnels les cas dans lesquels la paralysie générale précède l'aliénation mentale. Après avoir parcouru cet ouvrage avec le plus grand soin, nous nous sommes demandé comment l'auteur avait pu s'arrêter à une opinion si formellement en désaccord avec les faits qu'il rapporte dans son travail.

Vers la fin de 1847, M. *Brierre de Boismont*, après avoir acquis la conviction qu'il existait bien réellement des cas de paralysie générale sans aliénation, s'est néanmoins inscrit en faux contre l'opinion que nous défendons, et forcé d'admettre l'existence de faits qu'il avait lui-même constatés, il a essayé de démontrer que cette espèce de paralysie différerait essentiellement de celle qu'on rencontre dans les établissements d'aliénés. Si M. Brierre eût relu attentivement les auteurs qu'il cite à l'appui de sa manière de voir, il eût probablement émis une tout autre opinion (2).

Plus récemment encore, M. *Sandras* a donné une description succincte de la paralysie générale progressive (3). Cette description me semble ne pouvoir s'appliquer qu'à une variété de paralysie qui diffère sous beaucoup de rapports de la maladie

(1) *Traité de la paralysie générale chronique considérée spécialement chez les aliénés*. Anvers, 1847.

(2) *De la paralysie générale sans aliénation*; voyez *Gazette médicale*, n° du 2 octobre 1847.

(3) *De la paralysie générale progressive*; voyez *Bulletin général de thérapeutique*, n° du 30 juillet 1848.

qui nous occupe. Je ne crois donc point, pour le moment, devoir m'arrêter sur ce travail.

Si je me suis si longuement étendu sur la marche progressive de la science pour ce qui regarde la paralysie générale, c'est qu'aujourd'hui encore la plupart des médecins, je dirai même des aliénistes qui n'ont observé cette maladie que dans les établissements spéciaux, se font, à mon avis, une idée fort erronée de cette affection, surtout en ce qui concerne la première période de la paralysie générale, la seule qui donne quelque espoir de guérison. En second lieu je voulais démontrer que si l'opinion que je défends, et qui est aujourd'hui celle d'un certain nombre de praticiens, semble si en désaccord avec l'idée qu'on se fait généralement de la paralysie générale, il n'en est pas moins vrai qu'on en retrouve le germe dans les auteurs même les plus éloignés de nous, tels que Haslam et Esquirol, et que la plupart de ceux qui ont écrit depuis sur la paralysie générale l'ont admise plus ou moins implicitement. Est-il de meilleure preuve à donner de l'existence du fait fondamental que nous cherchons à démontrer ?

Après avoir établi que la paralysie générale progressive était une affection distincte et indépendante de l'aliénation mentale, il nous reste à parler de plusieurs symptômes de la première période de la maladie, jusqu'ici fort peu étudiée, et à insister sur quelques autres points qui méritent de fixer plus particulièrement l'attention. Ce sera l'objet de la troisième et dernière partie de ce Mémoire.

TROISIÈME PARTIE.

Un des points les plus obscurs de l'histoire de la paralysie générale progressive, c'est sans contredit l'anatomie pathologique. Bien qu'elle ait été longuement étudiée, les auteurs ne

sont point d'accord sur le siège et sur la nature des lésions anatomiques qui correspondent à l'ensemble de symptômes groupés sous le nom de *paralysie générale*. D'où vient cette dissidence ? De quel côté est la vérité ? Telles sont les questions que nous devons avant tout chercher à élucider.

Établissons d'abord comme démontré un fait sur lequel nous reviendrons tout à l'heure, à savoir qu'il y a identité entre la maladie dite *paralysie générale des aliénés*, l'hydrocéphale chronique des adultes et des vieillards, et les affections chroniques des méninges ou de l'encéphale qui succèdent à des inflammations aiguës de ces mêmes organes.

Ceci posé, quelles sont les lésions que l'on trouve à l'autopsie des individus qui sont morts après avoir offert les symptômes de la paralysie générale progressive ? Parmi ces lésions en est-il une dont l'existence soit assez constante pour pouvoir être regardée comme la cause anatomique de cette maladie ? Enfin, quelle est la modification encéphalique correspondant à l'ensemble de phénomènes qui constituent symptomatiquement la paralysie générale progressive ? Je vais essayer de répondre successivement à ces diverses questions.

A l'autopsie des paralytiques, on trouve dans l'encéphale l'une des altérations anatomiques suivantes :

1° Lésions appartenant à la méningo-encéphalite chronique superficielle, à savoir : congestion, épaissement et opacité des membranes, taches opalines répandues çà et là, infiltration séreuse ou séro-purulente du tissu cellulaire sous-arachnoïdien, adhérences plus ou moins étendues des méninges entre elles et à la couche corticale, surtout au niveau de la scissure longitudinale, sur la convexité et à la face interne des hémisphères ; ramollissement plus ou moins profond, et parfois érosion de la couche corticale dont une partie s'enlève le plus ordinairement avec les membranes. On trouve encore dans les cas de cette nature l'injection des os du crâne et de la face externe de la dure-mère, l'écartement et l'amincissement de ses fibres.

2° Altérations propres à l'hydrocéphale chronique, à savoir : épanchement de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde et les ventricules, à la surface desquels on remarque presque toujours en même temps de petites granulations. La substance cérébrale comprimée par le liquide épanché est plus consistante; les circonvolutions sont aplaties.

3° Accumulation dans l'arachnoïde, les ventricules et le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, d'une sérosité limpide et abondante dans laquelle la substance cérébrale semble avoir comme macéré. La couche corticale est alors pâle et blafarde, sans injection aucune. Ce ramollissement s'étend en même temps à la moelle allongée, au cervelet, aux couches optiques et aux corps striés; dilatation comme variqueuse des veines qui rampent à la surface des méninges; membranes épaissies, d'un blanc grisâtre qui disparaît en partie par le froissement entre les doigts.

4° Il peut y avoir ramollissement et même ulcération de la couche corticale, sans altération aucune des méninges (Guislain (1)).

5° Simple augmentation de consistance portant sur toute la masse cérébrale, ou uniquement sur la substance blanche, ou même sur un point fort limité du cerveau, tel que l'éminence olivaire, les cornes d'Ammon, la protubérance annulaire, etc.

6° Cet endurcissement cérébral peut coïncider avec un état de congestion très sensible de l'encéphale et des ecchymoses à la surface des membranes ou de la couche corticale.

7° Atrophie plus ou moins considérable de l'encéphale coïncidant avec un retrait de la table interne des os du crâne. Quelquefois, au contraire, et cela surtout chez les vieillards, le vide produit par l'atrophie du cerveau a été rempli par une sérosité limpide.

8° Epanchements sanguins dans la cavité de l'arachnoïde

(1) *Traité des phrénopathies*. Bruxelles, 1833, p. 104.

coïncidant presque toujours avec l'existence de fausses membranes à la face interne du feuillet pariétal de cette séreuse.

9° Cavités hémorrhagiques, cicatrices, kystes dénotant d'anciens foyers apoplectiques et coïncidant le plus souvent avec des épanchements séreux consécutifs.

10° Enfin, dans quelques cas, on ne trouve à l'autopsie aucune altération encéphalique appréciable. M. Lélut a rapporté plusieurs observations de cette nature (1).

Telles sont les principales lésions intra-crâniennes que l'on trouve à l'autopsie des paralytiques. Parmi ces lésions en est-il une que l'on puisse regarder comme la cause anatomique de la maladie qui nous occupe?

Nous devons dire tout d'abord que les altérations encéphaliques que nous venons de décrire sont rarement isolées, qu'elles se rencontrent combinées de mille manières, mais qu'en définitive il n'en est aucune dont l'existence soit constante. Aussi tous les auteurs qui ont écrit sur la paralysie générale ont-ils rapporté cette maladie chacun à une lésion différente.

M. Delaye l'attribue soit à un durcissement de la substance blanche, soit au resserrement ou au ramollissement de la substance grise; M. Bayle, à l'inflammation chronique de l'arachnoïde; Broussais, à une désorganisation de l'encéphale; M. Foville, à des adhérences des plans fibreux de la substance blanche coïncidant le plus souvent avec l'induration de la couche la plus superficielle de la substance corticale et le ramollissement de la couche sous-jacente; M. Parchappe, au ramollissement de la couche corticale. M. Calmeil regarde la paralysie générale comme une méningo-encéphalite superficielle chronique et diffuse. M. Legal-Lasalle décrit comme lésion anatomique constante de cette maladie une espèce de dissociation des particules organiques de la substance grise avec augmentation de consistance de ces parties isolées, et en outre une plus grande cohésion

(1) V. *Annales médico-psychologiques*, t. I, p. 179.

des fibres de la substance blanche. M. Belhomme attribue la paralysie générale à un ramollissement qui envahit couches par couches les deux hémisphères cérébraux de la périphérie au centre. Enfin M. Bouillaud rapporte tous les phénomènes de la maladie à l'inflammation chronique du cervelet.

Puis à côté de ces localisateurs, qu'on me passe l'expression, il est beaucoup d'autres auteurs plus prudents, selon nous, qui décrivent toutes les lésions que l'on rencontre à l'autopsie des paralytiques, sans se prononcer d'une manière définitive sur leur valeur absolue. Dans cette catégorie se rangent MM. Daveau, Guislain, Lélut, Baillarger, Requin, Brierre, etc.

Que devons-nous penser d'une telle divergence d'opinions ? Pour résoudre cette question, il nous faut examiner la *nature* et le *siège* des lésions que l'on rencontre à l'autopsie des paralytiques.

Les partisans de la doctrine physiologique sont fort peu embarrassés pour déterminer la *nature* de ces altérations anatomiques. Epanchements, infiltrations, endurcissements généraux avec ou sans injection sanguine, hypertrophie ou atrophie, ecchymoses, ramollissement, etc., etc., ce sont là autant d'effets de l'irritation.

Nous croyons que la plupart des lésions que nous avons énumérées peuvent, en effet, être rapportées à une inflammation chronique ou à l'irritation de la substance cérébrale et surtout des méninges ; mais il est certaines lésions telles que de simples épanchements séreux avec macération ou atrophie de la substance cérébrale, pour lesquelles il nous est difficile d'admettre cette explication. Ne peut-il donc exister dans la cavité de l'arachnoïde ou dans les ventricules, des hydropisies passives, comme on en observe tous les jours dans la plèvre ou dans le péritoine ?

Je crois donc que dans l'état actuel de la science on ne peut guère légitimement rapporter à un seul et même élément toutes les lésions que nous avons mentionnées plus haut ; et, je l'a-

voue, s'il me fallait adopter une hypothèse, celle de Broussais me paraîtrait la plus admissible.

Il nous serait tout au moins aussi difficile, d'après les altérations anatomiques que nous avons décrites, d'assigner un siège à la paralysie générale. Le plus souvent, il est vrai, et cela s'applique surtout aux lésions de la méningo-encéphalite, les altérations sont plus prononcées vers le centre de la convexité et à la face interne des hémisphères cérébraux; mais il n'en est pas toujours ainsi. D'ailleurs là n'est point toute la question. Il ne suffit pas, en effet, de dire à quel point de la calotte du crâne correspondent les lésions de la paralysie générale; il faudrait surtout déterminer si ces lésions ont leur siège dans les méninges, dans la substance grise ou dans la substance blanche. Or nous devons avouer qu'on ne peut rien dire de positif à cet égard. On trouve le plus souvent toutes ces parties altérées en même temps, mais quelquefois aussi les altérations anatomiques sont limitées aux méninges ou à la couche corticale, ou même à la substance blanche. Il y a donc, sous ce rapport, même incertitude que pour la nature de la lésion. Il y a plus : quand les malades succombent dans la première période de la maladie, et même parfois beaucoup plus tard, on ne trouve dans l'encéphale aucune altération anatomique.

Ainsi, pour nous résumer, parmi les lésions trouvées à l'autopsie des individus qui sont morts après avoir offert tous les symptômes de la paralysie générale progressive, aucune n'est constante, aucune par conséquent ne peut être considérée comme la *cause anatomique* de cette maladie. Est-ce à dire que la paralysie générale ne doit être regardée que comme un symptôme de lésions anatomiques variables? Mais on pourrait soutenir alors que l'épilepsie, l'hystérie, la chorée, la catalepsie, etc., ne sont pas des maladies, mais des symptômes. Car il n'est aucune de ces affections que l'on puisse rapporter à une lésion anatomique constante et identique. Je crois donc qu'il est plus rationnel de dire que la paralysie générale progressive reconnaît

pour caractère anatomique constant une modification spéciale de l'encéphale, qui est elle-même le résultat soit d'une simple irritation, soit d'une phlegmasie chronique diffuse dont les lésions trouvées à l'autopsie ne sont que des produits, soit enfin d'une déperdition fonctionnelle trop considérable.

L'*étiologie* de la paralysie générale présente plusieurs points encore fort obscurs, et que des recherches statistiques surtout pourront élucider. Il est quelques causes cependant dont on peut dès aujourd'hui apprécier le mode d'action.

L'*hérédité* de la paralysie générale est admise par tout le monde. Nous croyons néanmoins que la prédisposition héréditaire ne présente pas dans cette maladie les mêmes conditions que dans la folie. Dans la parenté des aliénés on rencontre bien, il est vrai, des paralytiques, des hémiplegiques, des déments, mais on y trouve surtout des aliénés : tandis que dans la parenté des paralytiques on rencontre principalement des individus morts d'apoplexie ou de paralysie, des épileptiques, des déments, etc. C'est une distinction sur laquelle on n'a pas assez insisté. Je crois d'ailleurs la paralysie générale plus fréquemment héréditaire que ne l'ont dit les auteurs.

L'*influence du sexe* est aujourd'hui parfaitement démontrée. La paralysie générale est près d'une fois plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, mais cela est vrai surtout avant l'âge de quarante-cinq ans ; aussi croyons-nous, avec M. Baillarger, que cette différence tient principalement à l'existence de l'écoulement menstruel qui établit chez la femme une dérivation favorable. Un flux hémorrhoidal périodique produit, en effet, le même résultat chez l'homme. L'usage des cravates, qui en étouffant circulairement le col, déterminent une gêne permanente dans la circulation cérébrale, ne serait-il point aussi pour quelque chose dans cette différence ?

Je ne dirai rien de l'influence de l'âge, qui a été fort bien étudiée par les auteurs. Je dois dire cependant que je crois la

paralysie générale moins rare de 15 à 30 ans, que ne le pensent la plupart des aliénistes.

L'influence du tempérament et des professions est assez bien connue. Je n'ai rien à ajouter à ce qu'en ont dit les auteurs.

On est fort peu d'accord sur l'influence du climat, et la raison en est bien simple. La paralysie générale est encore peu connue à l'étranger, et il faudrait pouvoir examiner soi-même les malades pour se former une opinion à cet égard. L'impression générale qui m'est restée des visites que j'ai faites dans quelques établissements de la Belgique, de l'Allemagne, de la Suisse et de différentes parties de la France, c'est que la paralysie générale est en réalité plus rare dans le Midi, mais y est néanmoins plus fréquente qu'on ne le pense généralement (1). J'avoue avoir été fort étonné de voir des aliénistes d'un mérite incontestable méconnaître des cas de paralysie générale déjà assez avancés. D'ailleurs cette influence du climat tient principalement, selon moi, aux circonstances suivantes : 1° aux excès alcooliques beaucoup plus fréquents dans les pays froids ; 2° au tempérament sanguin qui appartient plus particulièrement aux hommes du Nord ; 3° à l'usage de vêtements épais et serrés qui, en gênant la circulation abdominale et cérébrale, favorisent la production des congestions de l'encéphale.

Il serait curieux, assurément, d'étudier le rôle qu'a joué la civilisation dans le développement de la paralysie générale. Cette maladie a-t-elle toujours été aussi fréquente qu'elle l'est aujourd'hui ? Il est difficile de l'admettre, en voyant le silence que les auteurs gardent à ce sujet. Je crois, pour ma part, que la paralysie générale, bien qu'elle n'ait point, que je sache du

(1) Quelques auteurs ont signalé la fréquence de l'apoplexie dans les pays très chauds, secs et élevés. L'analogie me porterait à penser que la paralysie générale est assez commune dans les régions équatoriales. Je n'ai rien trouvé dans les auteurs sur cette question.

moins, été signalée par les écrivains antérieurs à Haslam, a existé de tout temps ; mais je ne doute point qu'elle ne soit devenue plus fréquente en même temps qu'a marché la civilisation. Il me serait facile d'étayer et d'expliquer cette manière de voir.

J'arrive à des influences beaucoup plus directes, et en première ligne je dois placer la congestion cérébrale.

Les phénomènes de la congestion cérébrale et son mode d'action dans la production de la paralysie générale ont été longuement étudiés par plusieurs aliénistes, et surtout par M. Bayle (1). Cependant l'influence de cette cause est tellement importante à connaître, que je crois devoir entrer dans quelques détails à cet égard.

Le degré le plus faible de l'hypérémie cérébrale est caractérisé par de simples étourdissements d'une intensité et d'une durée fort variables. A ce symptôme se joignent quelquefois une céphalalgie sourde, des éblouissements, des bourdonnements d'oreille, des fourmillements dans plusieurs points du corps, de l'injection de la face et des conjonctives ; il n'est pas rare de voir en même temps un embarras momentané de la parole. Ce genre de congestion peut se montrer une seule fois ; mais le plus souvent, sous l'influence des mêmes causes qui ont déterminé la première attaque, il en survient plusieurs autres dont l'intensité ne fait ordinairement qu'aller en augmentant progressivement. Cette variété d'hypérémie cérébrale est quelquefois accompagnée d'une fièvre continue qui pourrait induire en erreur un observateur inattentif.

Dans une seconde forme, l'hypérémie cérébrale s'annonce par une perte subite de connaissance précédée ou non d'étourdissements. Mais il n'y a encore que simple engourdissement de la motilité, sans paralysie proprement dite. Cet état, dont la durée est parfois de quelques minutes seulement, peut aussi persister

(1) *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*, p. 128 et suiv.

un jour et plus encore. D'ailleurs, il ne laisse ordinairement à sa suite aucune lésion de la motilité ni de la sensibilité. Mais, dans certains cas, il reste un peu d'embarras dans la parole et de gêne dans les mouvements.

A un degré plus avancé, la perte de connaissance s'accompagne, soit d'une paralysie passagère générale, ou limitée à un seul côté du corps, soit de convulsions ou de contractures plus ou moins étendues, dont la durée dépasse rarement quelques heures.

Les mêmes accidents de paralysie, ou de convulsions partielles ou générales, peuvent aussi survenir subitement sans perte de connaissance; cette forme d'hypérémie cérébrale est, je crois, moins commune que les précédentes.

La congestion cérébrale détermine quelquefois une violente agitation maniaque, sans être précédée de perte de connaissance. Cette forme de congestion est plus commune dans le cours que dans le prodrome de la paralysie générale.

Tels sont les différents phénomènes par lesquels s'annonce l'hypérémie cérébrale. Mais quel est le mode d'action de cette congestion dans la production de la paralysie générale? Nous ne pouvons passer sous silence une question aussi importante.

M. Bayle, qui le premier a fait jouer un grand rôle à la congestion cérébrale dans la production de la paralysie générale, dit que les congestions répétées déterminent l'irritation, puis l'inflammation. Car pour lui la paralysie générale est toujours une méningite chronique. Nous ne pouvons adopter cette manière de voir. Voici comment nous comprenons le mode d'action de l'hypérémie cérébrale.

Les lésions que l'on rencontre le plus fréquemment à l'autopsie des paralytiques sont, avons-nous dit, ou bien un ramollissement, une désorgauisation de la couche corticale, ou bien une accumulation de sérosité dans les ventricules et dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien.

Pour ce qui regarde les faits de cette dernière catégorie, nous verrons bientôt quelle est, dans le plus grand nombre de cas, la cause déterminante de l'épanchement séreux; mais l'hypérémie cérébrale peut elle-même déterminer un épanchement de cette nature dans les ventricules, et par suite la paralysie générale. La XXIII^e observation du tome V de la *Clinique médicale* de M. Andral nous en offre un exemple fort remarquable.

Pour les faits de la première catégorie, qui sont de beaucoup les plus nombreux, voici, selon nous, ce qui se passe. S'il est vrai, comme le pensent quelques auteurs (Lallemand, Durand-Fardel), que le ramollissement cérébral soit toujours de nature inflammatoire, nul doute, comme le professe M. Bayle, que cette inflammation désorganisatrice ne soit le résultat de l'irritation produite par les congestions répétées. Si, au contraire, et nous pencherions volontiers pour cette opinion, le ramollissement cérébral est une simple mortification, une espèce de gangrène, ou bien encore une perversion de la nutrition de l'organe, le mode d'action de la congestion cérébrale sera tout aussi facile à expliquer. Elle agira en produisant l'obstruction des vaisseaux capillaires qui se distribuent à l'encéphale. Les recherches chimiques sur le sang, dans la paralysie générale, pourraient peut-être servir à élucider cette question; mais celles qui ont été faites jusqu'ici sont trop incomplètes pour que l'on puisse en tirer aucune conclusion.

L'hypérémie encéphalique joue un rôle si important dans la paralysie générale, que nous croyons devoir dire quelques mots des principales causes sous l'influence desquelles surviennent les congestions cérébrales. D'ailleurs, ces causes sont aussi celles de la paralysie générale.

Les températures extrêmes, une violente chaleur comme un froid intense, prédisposent aux congestions cérébrales. Aussi sont-elles très fréquentes chez les individus incessamment exposés aux fortes chaleurs des fourneaux, et pendant les mois les plus froids de l'année. Le passage subit d'une température à une

autre très différente peut aussi déterminer l'hypérémie cérébrale. En dehors de ces conditions atmosphériques dont le mode d'action est assez facile à saisir, il en est d'autres sous l'influence desquelles les congestions et les hémorrhagies cérébrales surviennent d'une manière presque épidémique, sans qu'il soit possible d'en saisir la cause. M. Leuret en a rapporté quelques cas assez remarquables (1).

Nous avons déjà dit que c'était surtout en déterminant l'hypérémie cérébrale qu'agissaient les excès alcooliques et vénériens; nous n'y reviendrons donc pas. Il en est de même des substances narcotiques ou narcotico-âcres, telles que l'opium, la belladone, le datura, la jusquiame, le hachisch, etc. Ces médicaments ne devront donc être employés qu'avec beaucoup de circonspection dans la thérapeutique de la paralysie générale progressive.

Les vives émotions morales agissent de la même manière; mais comme les congestions cérébrales ne déterminent la paralysie générale que lorsqu'elles sont répétées, il faut, pour que ces émotions deviennent une cause de paralysie, qu'elles se renouvellent souventes fois. Aussi les causes morales sont-elles aussi rares dans la production de la paralysie générale qu'elles sont communes dans celle de la folie.

Parmi les maladies de l'encéphale, il en est quelques unes dont le propre est de déterminer des congestions cérébrales. Aussi sont-elles regardées à juste titre comme des causes de paralysie générale. Nous dirons seulement ici quelques mots de l'épilepsie, qui offre avec cette affection beaucoup de points de contact.

Il y a, dans l'épilepsie confirmée, deux éléments distincts: l'accès convulsif et l'état pathologique général, inconnu jusqu'ici, état indépendant des accès qui ne font que le révéler à nos sens. Ce sont les accès convulsifs que l'on peut quelque-

(1) *Journal du progrès*, 2^e série, t. 2, p. 180.

fois prévenir par tel ou tel mode de traitement ; mais la maladie reste , et à la première cause d'excitation , elle reparaitra plus terrible que jamais.

Dans l'accès lui-même il y a aussi deux éléments , qui sont le plus souvent , mais non nécessairement réunis ; ce sont la convulsion et la perte de connaissance. Celle-ci peut exister isolément ; c'est une variété du vertige épileptique qui précède souvent l'épilepsie confirmée , et plus tard survient encore dans l'intervalle des grandes attaques. Une application de sangsues faite à propos change une attaque imminente en un simple vertige.

Nous ignorons complètement d'ailleurs quelle est la modification encéphalique sous l'influence de laquelle se produit l'accès d'épilepsie ; mais ce que nous savons parfaitement , c'est que , une fois l'accès commencé , il se fait vers l'encéphale un afflux considérable de sang , il survient en un mot une véritable congestion cérébrale. Je ne chercherai point par quel mécanisme se produit cette congestion , si elle est toute passive ou si elle est en rapport de cause à effet avec la modification encéphalique qui a produit l'accès. Le résultat définitif est toujours le même. C'est , en effet , à cette hyperémie cérébrale qu'il faut attribuer les accidents qui persistent après l'attaque , tels que la perte passagère de la mémoire , l'hébétude , l'agitation maniaque , les phénomènes de contracture ou de paralysie qui affectent certaines parties du corps , et cette espèce d'engourdissement général dont la durée est habituellement en rapport avec celle de l'accès. Voilà , je crois , comment et pourquoi l'épilepsie produit si souvent la paralysie générale (1).

(1) Il y a , sous ce rapport , une distinction à établir entre l'épilepsie proprement dite et le vertige épileptique. Celui-ci a sur la production de la paralysie générale une influence bien plus marquée que l'épilepsie confirmée. Cela tient , je crois , à ce que le vertige n'est le plus souvent que la manifestation d'une congestion cérébrale active.

L'éclampsie des enfants et surtout celle des femmes en couches, qui ne diffèrent, selon moi, de l'épilepsie que par l'élément inconnu dont j'ai parlé plus haut, déterminent également des congestions cérébrales, et peuvent par cela même être des causes éloignées de paralysie générale.

Mais il existe un autre point de contact entre l'épilepsie et la maladie qui nous occupe. C'est, en effet, presque toujours la forme épileptique qu'affectent les convulsions qui surviennent chez les paralytiques. Or la convulsion épileptiforme ne diffère aucunement d'un véritable accès d'épilepsie, et cependant le mode de production ne semble point être le même. Dans l'accès d'épilepsie, en effet, l'hypérémie cérébrale est secondaire. La convulsion épileptiforme des paralytiques, au contraire, est généralement regardée comme le résultat d'une congestion cérébrale. N'aurait-on pas ici confondu l'effet avec la cause? C'est une question qui me semble mériter examen.

Les considérations qui précèdent pourront peut-être servir à jeter quelque lumière sur un point encore fort contesté de l'anatomie pathologique de l'épilepsie. Les auteurs qui font le plus autorité dans la science s'accordent à reconnaître que le plus souvent cette affection ne se lie à aucune altération anatomique saisissable; et cependant on trouve assez souvent à l'autopsie des épileptiques des épaississements des méninges, un ramollissement cérébral, et beaucoup d'autres lésions qu'il me serait trop long d'énumérer. L'explication de ce fait nous semble facile. Ces altérations, que l'on retrouve aussi chez les paralytiques, ne sont-elles pas, en effet, comme chez ces derniers, le résultat des congestions répétées qui surviennent après chaque accès? C'est donc à tort, selon nous, que plusieurs auteurs les ont regardées comme la cause anatomique de l'épilepsie qui nous est encore aujourd'hui complètement inconnue (1).

(1) Je n'ai fait qu'esquisser ici les rapports de l'épilepsie et de la paralysie générale. Je reviendrai plus tard sur cette question.

Tous les produits accidentels développés dans l'encéphale peuvent par leur présence déterminer autour d'eux, et même dans tout le cerveau, une hyperémie cérébrale, et par suite la paralysie générale. C'est ainsi qu'agissent les tubercules, les hydatides, les calculs, les tumeurs développées à la face interne du crâne, etc. Mais, au lieu de déterminer une hyperémie cérébrale, ces produits accidentels peuvent occasionner une hyper-sécrétion, un épanchement de sérosité dans la cavité des ventricules ou de l'arachnoïde, lésion qui détermine les symptômes propres à la paralysie générale progressive. Je crois qu'on n'a point jusqu'ici assez tenu compte de ce mode d'action des produits accidentellement développés dans l'encéphale.

Il est d'autres causes de congestion cérébrale (1) que l'on pourrait par la même raison considérer comme des causes de paralysie générale; mais leur influence est pour la plupart fort éloignée. Telles sont certaines affections de l'estomac qui rendent difficile le travail de la digestion, l'hypertrophie du cœur, ou l'existence d'un obstacle au cours du sang existant au-dessous de la crosse de l'aorte, ou capable d'empêcher le retour au cœur du sang venant de l'encéphale, enfin plusieurs affections pulmonaires chroniques. Nous placerons encore sur la même ligne certaines maladies fébriles qui s'accompagnent assez souvent d'accidents cérébraux, telles que la rougeole, la scarlatine, la variole, et surtout l'érysipèle de la face ou du cuir chevelu; mais, pour ce qui est de cette dernière affection, nous verrons plus

(1) Bien que je considère comme assez rares les cas dans lesquels la manie précède la paralysie générale, il ne me répugne nullement d'en admettre la possibilité. La manie agit alors par les congestions cérébrales qu'elle détermine. Il ne faut point oublier d'ailleurs que ces deux affections sont héréditaires et à peu près dans les mêmes conditions. Il est donc facile de comprendre que l'une d'elles puisse précéder l'autre, sans même que l'on soit forcé d'admettre entre elles le moindre rapport de cause à effet.

loin qu'il est une autre manière de considérer ses rapports avec la paralysie progressive.

L'état de pléthore générale coïncide le plus souvent avec l'apparition des symptômes de l'hypérémie cérébrale ; mais il n'en est pas toujours ainsi, et l'on voit quelquefois survenir des congestions chez des individus profondément anémiques.

Nous avons dit dans la première partie de ce Mémoire que la paralysie générale ne succédait point seulement à l'hypérémie cérébrale, mais qu'elle survenait parfois aussi à la suite des hémorrhagies de l'encéphale, il nous reste à dire ici quelques mots du mécanisme d'après lequel, selon nous, se produisent, dans les cas de cette nature, les phénomènes de la paralysie générale.

Quand les épanchements sanguins de l'encéphale guérissent, ils sont remplacés soit par un kyste plus ou moins régulier rempli de sérosité, soit, plus rarement, par une véritable cicatrice. Mais assez souvent aussi le cerveau est ramolli dans une certaine étendue autour du foyer hémorrhagique. Quoi qu'il en soit, il survient ordinairement, à la suite de ces hémorrhagies, une hypersécrétion de sérosité qui s'accumule dans la cavité de l'arachnoïde et dans les ventricules. Ces épanchements séreux consécutifs, signalés par Moulin (1) et surtout par M. Rochoux, déterminent, par la compression qu'ils opèrent sur la masse encéphalique, tous les symptômes de la paralysie générale progressive. Les apoplexies méningées peuvent évidemment produire le même résultat.

Parmi les causes les plus actives de la paralysie générale, nous devons mentionner la suppression d'hémorrhagies anormales, telles que les épistaxis, les flux hémorrhoidaux, ou naturelles, comme les menstrues, les lochies. Aussi voit-on souvent chez la femme la paralysie générale survenir peu de temps après la ménopause. Chez l'homme il existe un phénomène qui offre

(1) *Traité de l'apoplexie ou hémorrhagie cérébrale*. Paris, 1819.

quelque analogie avec l'âge critique des femmes : c'est la suppression d'un flux hémorroïdal habituel et périodique, suppression assez commune vers la fin de l'âge adulte. Je ne sache point que cette analogie ait été signalée par les auteurs.

La paralysie générale est quelquefois aussi attribuée à l'omission d'une saignée habituelle. Mais je crois devoir faire remarquer à ce sujet qu'il est assez difficile de distinguer, dans les cas de cette nature, s'il faut rapporter réellement la maladie à l'influence de cette omission ou à l'état général, à l'imminence morbide qui nécessitait cette évacuation sanguine. Je n'ai pas besoin d'ajouter que les causes dont je viens de parler agissent surtout en prédisposant aux congestions cérébrales.

C'est de la même manière qu'il faut interpréter le mode d'action des excès de travaux intellectuels, qui jouent, je crois, un assez grand rôle dans l'histoire de la paralysie générale progressive. Que de gens de lettres, de grands orateurs, d'artistes même sont arrêtés au milieu de leur glorieuse carrière par cette terrible maladie ? Cette particularité n'avait point échappé à l'un des plus célèbres élèves de Stahl, Alberti, qui a signalé la fréquence de l'apoplexie chez les savants (1). L'excitation cérébrale continue ou souvent répétée les prédispose singulièrement, en effet, à l'hypérémie et même à l'hémorrhagie cérébrales qui ont tant de points de contact avec la paralysie générale progressive.

Je ne ferai que signaler certaines causes physiques telles que des chutes, de fortes contusions sur la tête, qui déterminent dans l'encéphale des altérations qui, plus tard, deviennent elles-mêmes des causes de paralysie générale.

Je terminerai ce que j'avais à dire de l'étiologie de cette maladie par une remarque que je crois importante et qui, du reste, n'est point nouvelle et s'applique à beaucoup d'autres affections : c'est que la paralysie générale est rarement le résultat d'une

(1) *Dissertatio de majori frequentia apoplexiæ in eruditis*. Halæ, 1755

seule et même cause ; le plus souvent il en existe plusieurs qui ont agi, soit en même temps, soit successivement.

Je n'essaierai point de donner une description, même succincte, des symptômes de la paralysie générale progressive. Je me bornerai à quelques remarques sur les prodromes et sur plusieurs particularités de cette maladie.

Il y a dans le caractère, la manière d'être, les habitudes, je dirai même l'état de santé habituel des individus prédisposés à la paralysie générale, quelque chose de spécial, un je ne sais quoi d'inexprimable qui n'échappe point à l'œil exercé du spécialiste. Cet état particulier se traduit par un ensemble de phénomènes que l'on peut rapporter à deux catégories assez distinctes. Parmi les individus prédisposés à la paralysie générale, les uns, en effet, et ce sont les plus nombreux, offrent les attributs du tempérament sanguin, une constitution *apoplectique* caractérisée par un état de pléthore plus ou moins prononcé, un certain embonpoint, une poitrine large et saillante, un cou très court, une tête volumineuse, un teint habituellement coloré, un cœur gros, un pouls large et fort, une tendance habituelle au sommeil et à l'assoupissement. Les sujets de cette catégorie ont un caractère en rapport avec cette constitution physique. Chez eux les impressions sont vives, mais de peu de durée. Verbeux, téméraires, brusques, irascibles, ne doutant de rien, entreprenants, volontaires, et en même temps vêtillieux, distraits et peu tenaces dans leurs desseins, ils ont en général le travail facile, mais s'y livrent avec difficulté. Doués habituellement d'un excellent appétit en rapport avec leur activité physique, ils mangent beaucoup, boivent plus encore, et amateurs de la bonne chère et des liqueurs alcooliques, ils s'adonnent souvent à des excès que l'on considère plus tard comme la cause de la maladie qui les menace et dont ils méconnaissent la gravité, quand ils en sont déjà les premiers symptômes. Chez

eux toute l'activité circulatoire semble se porter à la tête. Aussi sont-ils sujets aux ophthalmies, aux érysipèles; aux éruptions dartreuses de la face, aux coryzas, aux stomatites, aux angines, etc., qui ne sont point, à mon avis, des causes de la paralysie générale, mais des manifestations de l'état de congestion extra-crânienne qui correspond à l'hypérémie cérébrale, caractérisée, d'un autre côté, par des céphalalgies frontales, des bourdonnements d'oreilles, des éblouissements, des vertiges, etc. Quelquefois, mais trop rarement, des épistaxis habituelles viennent parer pour un moment à tous ces accidents et prévenir la maladie déjà imminente.

Les individus de la seconde catégorie, d'ailleurs beaucoup moins nombreux, ont un corps grêle, sec, nerveux, à veines saillantes, à teint pâle, mais se colorant à chaque instant sous l'influence de la moindre émotion. Gais, spirituels, très sensibles et d'une société facile, ils se livrent au travail avec trop d'ardeur, se passionnent pour une idée ou pour un objet. Chez eux les affections névralgiques de la face, les migraines, les agacements de dents, les tremblements des paupières sont le prélude des accidents plus graves qui les menacent. Fatigués par des veilles et des excès vénériens auxquels ils sont fort adonnés, ils cherchent dans l'usage d'excitants tels que le café, les liqueurs alcooliques, l'énergie intellectuelle qui leur fait défaut; et quand, sous l'influence de quelque vive émotion morale, la mélancolie ou la manie ne viennent pas les arrêter brusquement dans leurs travaux, ils marchent lentement vers la paralysie générale et la démence. C'est surtout dans cette catégorie qu'il faut ranger les gens de lettres, les poètes, les artistes, etc.

A ces deux classes de malades correspondent deux séries de lésions anatomiques. Les premiers présentent plus particulièrement les altérations qu'on attribue à la méningo-encéphalite diffuse; les autres offrent surtout les lésions de l'hydrocéphale chronique. D'ailleurs, entre ces deux catégories, en apparence

si dissemblables, il y a des nuances intermédiaires, aussi bien sous le rapport des phénomènes symptomatiques que sous celui des lésions anatomiques qui leur correspondent.

Parmi les symptômes de la première période de la paralysie générale confirmée, il en est un qui n'a point, que je sache, été signalé par les auteurs, bien qu'il existe dans le plus grand nombre des cas, je veux parler d'une céphalalgie profonde, vague, coutusive, dont le siège est presque toujours la région frontale. Doit-on attribuer cette espèce de prédilection à la présence à peu près exclusive, dans la partie correspondante de la dure-mère, de filets nerveux sensitifs? J'ose à peine proposer cette explication.

Il est un autre point sur lequel je dois insister, parce qu'il est fondamental, et qu'il est une des principales causes du désaccord qui règne parmi les aliénistes pour ce qui regarde la paralysie générale : je veux parler de la nature du délire des paralytiques.

Au début de la paralysie générale, il y a souvent, avons-nous dit, absence complète de désordres intellectuels. Ils ne se manifestent guère avant la fin de la première ou le commencement de la seconde période de la maladie. Mais quelles formes affectent le plus ordinairement ces désordres intellectuels dans la paralysie générale progressive?

Les accès de *manie* sont fort rares dans cette maladie, si tant est qu'il en existe réellement. Il survient fréquemment chez les paralytiques une *excitation maniaque* parfois extrêmement intense, mais qui diffère essentiellement d'un accès de manie ordinaire. Ce n'est guère que chez ces malades que l'on rencontre ces agitations violentes et de longue durée auxquelles ils sembleraient devoir succomber à chaque instant.

Entre l'agitation du maniaque et l'excitation du paralytique il y a une différence facile à saisir pour l'observateur, mais assez difficile à exprimer avec la plume. Chez le maniaque, l'attention surtout

est lésée, et presque tous ses actes, quelque désordonnés qu'ils paraissent, répondent à des impulsions internes, résultat d'illusions et d'hallucinations. Aussi une impression morale vive, imprévue, le calme-t-elle quelquefois subitement en fixant pour un moment son attention. Il y a, en un mot, chez le maniaque défaut d'harmonie entre l'attention et les sensations actuelles. Chez les paralytiques, au contraire, c'est surtout la mémoire et le jugement qui font défaut; leurs actes sont comme automatiques; leurs paroles mal articulées, souvent à peine intelligibles, sont encore plus incohérentes, plus dissociées que chez les maniaques, bien qu'on y distingue à chaque instant des mots, toujours les mêmes, exprimant la force, la richesse, le contentement d'eux-mêmes; il semble que chez eux le moi domine encore au milieu de l'agitation la plus désordonnée. Il y a, en un mot, chez le paralytique, défaut d'harmonie entre la mémoire, le jugement et les sensations actuelles. Le maniaque vit comme isolé du monde physique et intellectuel; le paralytique agité reçoit à chaque instant du dehors des impressions nouvelles qu'il dénature et qui ne laissent aucune trace: l'un vit de souvenirs et de sensations internes; l'autre confond tout, le passé, le présent et l'avenir. Le maniaque, devenu calme pour un instant, parle avec raison et netteté; le paralytique vous regarde hébété, et vous répond à peine et en balbutiant quelques mots sans suite et intelligibles. En résumé, chez le maniaque, il y a égarement, exaltation de l'intelligence, une espèce d'état convulsif du système nerveux; le paralytique, au contraire, ne veut rien, n'imagine rien, n'a point d'idées; son cerveau est dans l'affaissement. L'un est actif, l'autre est passif.

Tels sont les signes qui m'ont semblé différencier l'agitation du véritable maniaque de celle du paralytique. Quelque imparfaits que soient les portraits que je viens de tracer en quelques lignes, j'espère qu'ils pourront parfois cependant aider le praticien dans son diagnostic, quand les antécédents du malade lui seront complètement connus.

La *monomanie* est également fort rare chez les paralytiques. Comme l'a fait observer M. Baillarger, le *délire ambitieux*, si commun chez ces malades, ne mérite point en effet le nom de monomanie. Les monomanes mettent une certaine opiniâtreté à soutenir leurs idées ; en dehors de leur délire, parfois très limité, ils raisonnent souvent fort justes et peuvent imposer aux personnes qui ne sont point prévenues. Je n'ai jamais vu ce genre de délire chez les paralytiques. Il existe bien chez ces malades des idées ambitieuses, une exagération du moi ; ils se disent princes, rois, empereurs, Dieu ; ils se croient riches à millions ; mais, un instant après, ils oublient ce qu'ils viennent de dire ; il n'y a aucune suite dans leurs idées. Chez eux, en un mot, la démence prédomine, et le délire ambitieux n'en est lui-même qu'une manifestation. Cette fréquence de l'exagération du moi dans la démence des paralytiques ne tiendrait-elle point à ce qu'il n'y a plus chez ces malades cette espèce de fausse honte qui empêche l'homme d'avouer les idées de grandeur et d'ambition qu'il nourrit si souvent, et presque à son insu, pendant une partie de sa vie ? On observe, en effet, quelque chose d'analogue dans l'état d'ivresse qui présente tant de points de contact avec la maladie qui nous occupe. *In dementia, in vino veritas.*

Chez un de nos malades (obs. VIII) il y avait eu des idées de suicide. Les faits de cette nature sont assez rares (1). Nous en dirons tout autant de la *lypémanie* et des hallucinations. Nous devons ajouter d'ailleurs que lorsqu'il existe un de ces genres de délire il y a toujours en même temps de la démence, ce qui leur imprime un cachet spécial qui n'appartient qu'aux paralytiques.

Quant à la démence proprement dite, elle ne fait guère défaut qu'au début de la maladie. L'existence de ce symptôme est la règle, et son absence l'exception. Elle ne consiste d'abord qu'en un léger affaiblissement des facultés intellectuelles, et

(1) V. p. 37, ce que nous avons déjà dit à ce sujet.

principalement de la mémoire. Les paralytiques en démence ne sont pas susceptibles d'attention : leurs propos sont incohérents, leurs paroles sont le plus souvent en rapport avec leurs anciennes habitudes, ou proviennent de consonnances fortuites. L'altération de la mémoire porte surtout, comme chez les vieillards, sur les impressions le plus récemment perçues ; ils se souviennent généralement, au contraire, de ce qui a précédé leur maladie.

La lésion des affections suit la même marche que celle des facultés intellectuelles, mais survient en général quelque temps après cette dernière. Les paralytiques deviennent indifférents à tout ce qui les entoure, insensibles à la joie comme à la tristesse. Quelquefois on leur voit verser des larmes ; mais ce phénomène me paraît être le plus souvent purement sympathique d'une souffrance intestinale. Je vois tous les jours un malade habituellement constipé, et chez lequel il annonce presque à coup sûr un besoin d'aller à la garde-robe.

A une période plus avancée de la maladie, quelquefois dès le début, leur figure hébétée, stupide, reflète l'absence de toute association d'idées, de toute pensée même. Bientôt ils ont à peine l'instinct de la brute.

La paralysie générale, à l'instar de beaucoup d'autres affections nerveuses, est une maladie essentiellement chronique. Est-ce à dire qu'elle ne puisse se présenter quelquefois à l'état aigu ? Je vais essayer de répondre à cette question.

Il y a ici tout d'abord une distinction fort importante à établir. La paralysie générale confirmée présente quelquefois, sous l'influence d'une violente congestion cérébrale, une aggravation subite que l'on pourrait à la rigueur considérer comme une période d'acuité de la maladie. Mais il me semble préférable de regarder ce phénomène comme un simple accident, une exacerbation passagère de la paralysie.

Pour ce qui est d'une affection aiguë, comparable à la paralysie générale et pouvant dégénérer dans le mode chronique, je crois qu'on ne peut guère refuser de l'admettre, surtout si l'on consulte les lésions anatomiques. En effet, ces lésions, dans la paralysie générale, peuvent se rapporter le plus souvent, avons-nous dit, à une méningo-encéphalite ou à une hydrocéphale chroniques; mais ces deux affections peuvent exister à l'état aigu, et les symptômes qu'elles présentent sous cette forme ne sont point tellement différents de ceux de la paralysie générale progressive, qu'on ne puisse légitimement les regarder comme appartenant à une période aiguë de cette maladie, d'autant plus qu'ils la précèdent quelquefois réellement. Je ne fais du reste ici que soulever, sans la résoudre, une question qui me paraît importante.

La paralysie progressive parfaitement confirmée est généralement regardée comme incurable. Quelques auteurs cependant ont rapporté des exemples de guérison. J'ai parcouru presque toutes ces observations, et je me suis assuré que dans la plupart les lésions intellectuelles avaient seules subi une amélioration sensible; quant aux lésions de la motilité, qui selon moi constituent à proprement parler la maladie, elles n'ont éprouvé, dans presque tous les cas, qu'une très légère amélioration; le plus souvent même la paralysie est restée stationnaire.

Le diagnostic de la paralysie générale est ordinairement assez facile, quand la maladie est parfaitement confirmée, et cependant, en lisant les auteurs, on est étonné du vague et de l'incertitude qui règnent à cet égard dans leurs ouvrages. Cela tient à ce qu'ils ont voulu séparer artificiellement des affections dont les symptômes ont un canevas commun et qui diffèrent à peine par quelques phénomènes secondaires suffisants tout au plus pour en faire des variétés d'une seule et même maladie.

Ainsi, comme l'a démontré M. Baillarger, il est le plus souvent impossible de distinguer la paralysie générale produite par une méningite chronique (Bayle) de l'hydrocéphale chronique des adultes et des vieillards, ou des épauchements séreux consécutifs à l'hémorrhagie cérébrale ou symptomatiques de lésions organiques.

Broussais, dans l'examen des doctrines médicales, reproche à M. Calmeil de n'avoir point envisagé (en 1826) la méningo-encéphalite sous un point de vue assez large, et d'avoir cherché à l'isoler d'autres affections cérébrales chroniques ayant avec elle la plus grande analogie. Nous croyons ce reproche fondé, et M. Calmeil semble l'avoir compris lui-même; car dans l'excellent article qu'il publia en 1841 sur la paralysie générale dans le *Dictionnaire de médecine*, il ne dit mot de ce diagnostic différentiel.

Nous avons déjà, dans la première partie de ce Mémoire (p. 24), rapporté un passage dans lequel Dance résume les symptômes de l'hydrocéphale chronique qui ne diffèrent en rien de ceux que M. Bayle attribue à la méningite chronique. Dans le passage suivant d'un autre ouvrage, la similitude est peut-être encore plus complète.

« Le début de l'hydropisie (hydrocéphale chronique) est toujours très lent et sa marche progressive; les signes de la compression cérébrale ne se dessinent que par degrés. Un état d'apathie, d'abattement, de morosité et de tristesse, une certaine lenteur dans les mouvements et les opérations de l'esprit, la perte plus ou moins complète de la mémoire, une tendance irrésistible à l'assoupissement, un air d'égarement et de stupeur, un engourdissement croissant de tous les membres ou seulement d'un côté, l'embaras et la surcharge de la langue, son infiltration, l'anorexie, des nausées, des vomituritions, signalent le commencement de l'hydrocéphale (1). »

(1) Moulin, *loc cit.*, p. 124.

M. Brierre a essayé de démontrer que cette espèce de paralysie différerait de celle des établissements d'aliénés, et il a donné comme caractères différentiels l'existence plus fréquente, dans la paralysie sans aliénation, d'une marche régulière et sans intermittence et la prédominance dans l'un des côtés du corps des désordres de la motilité. L'incertitude et l'irrégularité de ces symptômes, les seuls que M. Brierre ait pu trouver pour différencier ses deux espèces de paralysie générale, ne viennent-elles pas à l'appui de l'opinion que nous défendons?

Ce que nous avons dit de l'hydrocéphale chronique, nous pourrions le répéter pour les épanchements séreux consécutifs aux hémorrhagies cérébrales, et nous trouverions dans le livre de M. Rochoux (1) des passages où l'analogie symptomatique entre cette affection et la méningo-encéphalite chronique est parfaitement évidente.

Je ne crois point devoir insister davantage sur cette question. L'examen comparatif de toutes les affections chroniques du cerveau m'entraînerait beaucoup trop loin.

Les considérations qui précèdent expliquent suffisamment pourquoi je n'ai adopté aucune des dénominations qui ont servi jusqu'ici à désigner la maladie qui fait le sujet de ce Mémoire. L'expression de *paralysie générale progressive*, proposée par M. Réquin, m'ayant paru rendre plus exactement l'idée qu'on doit se faire de cette affection, j'ai cru devoir l'adopter.

Je ne dirai rien du traitement de la paralysie générale. Je n'ai point encore recueilli assez de matériaux pour avoir beaucoup à ajouter à ce qu'ont écrit les auteurs sur la prophylaxie, l'hygiène et la thérapeutique de cette maladie.

(1) *Recherches sur l'apoplexie*, p. 62 et suiv. Voyez ce que j'ai déjà dit à ce sujet dans la première partie de mon Mémoire (p. 25).

DU

TRAITEMENT DE L'ALIÉNATION MENTALE

DANS LES ASILES D'ANGLETERRE,

D'APRÈS LA DERNIÈRE ENQUÊTE FAITE PAR LA COMMISSION
DES ALIÉNÉS.

(Extrait du rapport de cette commission présenté au lord chancelier.)

TRADUIT DE L'ANGLAIS

PAR M. A. BERLIÉ,

Interne des hôpitaux.

(Suite et fin (s).)

Du traitement de la mélancolie.

Il y a peut-être moins de diversité dans la manière de voir des différents médecins sur le traitement de la mélancolie que sur le traitement de la manie. La plupart de ceux qui nous ont rendu compte de leur pratique dans cette forme de folie paraissent s'accorder à diriger leur attention vers l'état du canal alimentaire et de ses annexes, et à croire que dans les cas de mélancolie c'est dans un dérangement d'un de ces organes qu'il faut chercher le désordre primitif; c'est à eux qu'il faut adresser les moyens de traitement. Ces moyens sont les purgatifs, les toniques, et les stimulants de différentes espèces. Il y a cependant une opinion prédominante, que les uns expriment, qui se trouve impliquée dans ce que disent les autres, c'est que le système vasculaire de l'encéphale est toujours plus ou moins affecté, secondairement ou primitivement. Beaucoup

1) V. le dernier numéro des *Annales*.

de remèdes auxquels on a recours semblent être prescrits dans cette hypothèse; et s'ils sont réellement efficaces, ce que l'on peut penser en voyant tant d'hommes de jugement et d'expérience, d'accord sur ce point, persévérer dans leur emploi, on doit regarder comme évident que l'hypothèse en question est bien fondée.

Les témoignages, sur l'efficacité des révulsifs agissant sur la tête, sont plus nombreux touchant cette maladie qu'en ce qui concerne la manie, et même la saignée générale et locale semble dans quelques circonstances avoir été plus utile dans la mélancolie que dans les cas de manie.

Les passages suivants tirés des réponses des médecins sont très dignes d'attention :

« Dans les premières périodes de la mélancolie, dit le docteur
» Thurnam, il est souvent nécessaire d'appliquer à la tête des
» sangsues ou des ventouses scarifiées. Dans beaucoup de cas
» les altérants doux, les purgatifs, combinés avec des bains
» chauds ou des bains d'affusion, un régime substantiel et abon-
» dant, l'exercice en plein air, rendent beaucoup de services.
» Les fonctions digestives sont souvent altérées, et dans ce cas
» les infusions amères avec addition de carbonates alcalins,
» peuvent se prescrire avec avantage. Dans les cas où il y a des
» douleurs et de l'irritation d'estomac, j'ai souvent obtenu de
» bons effets de l'acide hydrocyanique ou du sous-nitrate de
» bismuth. Chez les jeunes femmes les fonctions utérines sont
» souvent dérangées ou interverties et appellent avant tout l'at-
» tention. Dans ces cas les préparations ferrugineuses (prin-
» cipalement la teinture de sesquichlorure de fer) sont d'un
» usage avantageux; il faut y joindre l'emploi de l'aloès comme
» purgatif. Il n'est pas rare de voir la mélancolie compliquée d'un
» état de débilité, d'épuisement. Dans ces cas les toniques, les
» cordiaux, un régime substantiel sont les moyens dont on se
» trouve le mieux. L'insomnie est souvent la cause de la mé-
» lancolie, et quand ce symptôme existe, aussi bien que dans

« d'autres cas où la maladie ne cède pas à d'autres remèdes ,
« j'ai vu souvent les préparations d'opium, de morphine, de jus-
« quiambe, amener les plus heureux résultats. »

Suivant les docteurs Fox de Brislington, la mélancolie (considérée comme une forme particulière de l'aliénation et non comme succédant à un état de manie, ou comme formant une phase particulière d'une affection mentale, qui s'est d'abord déclarée sous la forme de l'excitation maniaque) est la seule variété de folie dans laquelle la saignée générale ait paru utile. En même temps qu'ils ouvrent la veine, ils prescrivent des purgatifs aloétiques, des révulsifs dans le voisinage de l'estomac, les bains chauds, l'exercice à cheval ou en voiture, et un régime animal.

Le docteur Bryan est guidé par les mêmes principes dans le traitement de la mélancolie; dans une circonstance, dit-il, la saignée a été pratiquée avec succès. Les vésicatoires ont réussi dans quelques cas. Les bains chauds, les bains d'affusion, les purgatifs, les mercuriaux à dose modérée, les toniques tirés du règne minéral ou végétal, peuvent aussi être conseillés. Le docteur Bryan recommande spécialement le sulfate de quinine et le sulfate de magnésie, dissous dans une infusion de roses, ou dans une infusion de rhubarbe, de séné et de gentiane. Dans les cas qui n'offrent aucun symptôme d'affection cérébrale, il insiste sur l'usage des toniques minéraux, comme le citrate de fer, ou végétaux, tels que l'infusion de gentiane et de clous de girofle, avec le sesquicarbonate d'ammoniaque. Quand il redoute la congestion cérébrale, il emploie les saignées locales ou les vésicatoires à la nuque.

M. Casson recommande les ventouses scarifiées à la nuque, l'administration de l'huile de castor ou de croton le matin, en même temps qu'on donne le soir le calomel et l'opium.

M. Atkins se prononce pour l'application des sangsues et des vésicatoires, pour l'usage interne des apéritifs, des toniques, des sédatifs, combinés avec l'usage de bains chauds, de bains

d'affusion ; les malades doivent être chaudement vêtus et prendre de l'exercice.

Le docteur Gilliland, Sir Alexandre Morison, M. Poynder, M. Bush, M. Beverly, le docteur T.-O. Prichard, et beaucoup d'autres praticiens expérimentés suivent le même mode de traitement, en exceptant néanmoins les saignées locales faites au moyen des sangsues.

Quelques médecins comptent plus que d'autres sur les avantages de certains remèdes particuliers. Les uns, par exemple, disent qu'ils ont été témoins de changements salutaires produits par l'usage du mercure, d'autres par celui des émétiques. Le docteur Button, de l'asile de Dorset, dit par exemple que l'émétique donné à différents intervalles rend moins impérieuse la nécessité de pratiquer des saignées locales.

Le docteur Sutherland recommande la morphine et d'autres narcotiques, outre les remèdes qui répondent aux indications déjà mentionnées ; il attache une grande importance à l'emploi des bains chauds et des mercuriaux. Le docteur Wintle préconise la liqueur arsenicale ; il insiste sur l'efficacité des bains d'affusion et des mercuriaux, qui, dit-il, concourent puissamment à rendre à la santé quelques malades que la masturbation a conduits à un état de démence en apparence désespéré.

Beaucoup de praticiens placent surtout leur confiance dans les différentes espèces de stimulants employés comme remèdes contre la mélancolie.

Le docteur Willis conseille, après qu'on a vidé l'estomac et les intestins au moyen des purgatifs et des émétiques, de donner la teinture volatile de gaïac, l'infusion de cascarrille, les bains chauds, les frictions sur la peau, et de revenir par intervalles à l'usage des émétiques, des purgatifs et des vésicatoires. Les remèdes qu'emploie M. Philips sont les purgatifs, l'acide hydrocyanique, les altérants, la créosote, le nitrate de bismuth et les toniques, ainsi que les bains d'affusion, les bains froids, et une occupation quelconque. Le docteur Nisbett préconise les bains

chauds, l'opium à haute dose, les stimulants diffusibles, la jusquiame, le camphre, la liqueur d'Hoffmann; le docteur Kirkman, l'ammoniaque, les bains chauds, les citrates de quinine et de fer; le docteur Anderson, d'abord des altérants et des laxatifs, puis quelques toniques, tels que la quinine, le columbo, la gentiane, des vésicatoires à la nuque, des bains chauds, des bains d'affusion, la jusquiame à haute dose, le chanvre indien; le docteur Oliver, l'aloès et la myrrhe, le galbanum, le calomel de temps en temps, les pilules bleues, la coloquinte; le docteur Bucknill recommande l'iodure de potassium et l'électro-galvanisme.

Tous les médecins en chef qui, en répondant à nos demandes, ont bien compris la nature et le but de l'enquête à laquelle nous nous sommes livrés, s'accordent unanimement à regarder comme indispensable pour la guérison de la mélancolie un régime soigneusement calculé pour produire la santé et la vigueur du corps aussi bien que de l'esprit, beaucoup d'exercice en plein air, une société agréable et capable d'éloigner autant que possible de la pensée les impressions tristes. Quelques uns conseillent le vin et les autres boissons stimulantes; la plupart pensent que si un bon sommeil ne suit pas une journée consacrée aux exercices du corps, on peut l'obtenir par l'usage de quelque remède narcotique, tel que l'opium et la jusquiame.

Du traitement de l'épilepsie compliquée d'aliénation mentale.

Les aliénés sujets aux attaques d'épilepsie passent généralement pour incurables; et l'on est en droit de croire que sous l'influence de cette opinion généralement répandue, on a beaucoup trop négligé les cas d'épilepsie compliquée d'un désordre des facultés mentales. Nous avons vu plus d'une fois, pendant nos visites dans les asiles d'aliénés, des malades qui avaient été amenés des maisons de travail ou des habitations de leurs parents dans

un état voisin de la démence causé par de violentes attaques d'épilepsie durant depuis des années, et dont l'état mental, aussi bien que la santé physique, fut notablement amélioré après leur admission dans ces asiles. La fréquence des paroxysmes diminua; ils cessèrent même dans quelques cas, en même temps que les facultés intellectuelles se rétablissaient. Cet heureux résultat fut surtout attribué par les médecins à l'amélioration du régime, à la plus grande facilité qu'avaient les malades de se livrer à l'exercice en plein air, ce qui amenait dans la constitution un changement favorable sans aucun doute. De tels exemples seraient moins rares, si l'épilepsie n'était pas toujours négligée, en partant de cette supposition qu'elle n'offre aucun espoir de guérison.

Le docteur Sutherland, médecin de l'hôpital Saint-Luc, a observé que l'on pouvait établir une distinction entre l'épilepsie consécutive à la folie et les cas où la folie survient chez des individus préalablement épileptiques. Suivant son expérience, dit-il, cette seconde forme de la maladie *n'est pas incurable*. Plusieurs remèdes lui ont paru fort utiles dans ces cas; par exemple, le séton à la nuque, les sels métalliques, et les apéritifs. Les sels métalliques qu'il emploie sont : le bichlorure de mercure, le nitrate d'argent, le sulfate de zinc, le citrate de fer, et les autres sels de fer. Quelquefois un purgatif énergique est nécessaire. Le docteur Sutherland recommande de faire la plus grande attention au régime, et d'entretenir une bonne température de la peau et des extrémités par des vêtements suffisamment chauds. Le médicament qui calme le mieux, suivant lui, les paroxysmes qui sont plus violents dans cette forme de la folie que dans toutes les autres, c'est le nitrate de potasse et de mercure. Il pense d'ailleurs que dans les cas où l'on ne peut guérir cette maladie, on peut au moins rendre les attaques moins fréquentes. Il regarde l'opium comme nuisible dans l'épilepsie.

Le docteur Wintle n'a vu guérir qu'une fois ces deux maladies

se compliquant l'une l'autre. Il conseille un régime doux, dont on écarte soigneusement les excitants ; il recommande de faire une grande attention aux différentes sécrétions ; pendant le paroxysme les moyens qu'il emploie sont des lotions sur la tête avec des liquides facilement évaporables, et la chaleur appliquée aux extrémités.

Le docteur T.-O. Prichard a eu trois ou quatre cas d'épilepsie récente guéris par ses soins. Le traitement fut combiné de manière à ramener à un état de santé parfait les organes digestifs, à régulariser les sécrétions : « Dans l'épilepsie chronique, dit-il, cette méthode a aussi amené des résultats » satisfaisants en modifiant la fréquence et la force des attaques. » Dans ces cas comme dans ceux de paralysie, il écarte avec soin du régime les aliments capables d'amener de la dyspepsie. Il emploie fréquemment et à haute dose les sels de soude, la magnésie, et autres purgatifs. Tous les remèdes proposés dans les différents ouvrages comme des spécifiques contre l'épilepsie, il les a essayés sur une grande échelle dans tous les cas chroniques qui se sont présentés à son observation, et il n'en a jamais tiré aucun bénéfice.

La pratique du docteur Thurnam est d'employer les saignées locales à la tête avec des sangsues ou des ventouses scarifiées, et d'administrer des apéritifs doux. Le régime est sévère, sans aliments stimulants ; il fixe son attention sur la santé générale, et combat les maladies qui peuvent se manifester dans les différents organes.

Sir Alexandre Morison, dans tous les cas d'épilepsie compliquée d'aliénation, qui ont été le sujet d'un examen nécropsique dans l'asile de Surrey, a observé des lésions organiques plus ou moins étendues dans les organes encéphaliques ; évidemment dans ces cas la médecine est tout à fait impuissante à amener une guérison, mais non à procurer du soulagement. Le traitement qu'il adopte est destiné à remédier aux troubles de la santé générale, et particulièrement aux maladies qui

peuvent affecter les organes digestifs. Il ordonne aussi quelquefois les sangsues à la tête, aussi bien que des vésicatoires et autres révulsifs. Les préparations d'argent et l'huile de térébenthine qu'il a aussi administrées n'ont produit que bien peu d'effet.

M. Casson dit que les cas qu'il a eu à soigner dans l'asile de Hull étaient en général invétérés et que les remèdes ont été complètement inutiles. Il a essayé les ventouses scarifiées, la térébenthine, les altérants, le sulfate de zinc ; mais il n'a jamais obtenu une guérison dans les cas d'épilepsie compliquée de folie. Une incision, pratiquée au cuir chevelu jusqu'aux os du crâne, n'a pas amené un résultat plus heureux. M. Casson ajoute qu'il a tiré le plus grand bénéfice de ce moyen dans des cas de manie produits par un coup sur la tête ; il empêchait l'incision de se refermer au moyen de pois.

Le docteur Tyerman a essayé de raser la tête, et d'appliquer des vésicatoires à la nuque ou au vertex, quelquefois des saignées locales, une fois seulement l'artériotomie. Il a mis aussi en usage le calomel suivi de purgatifs, les bains d'affusion chauds et froids administrés pendant les attaques violentes, les toniques. « Presque tous les malades de cette catégorie prennent » habituellement une mixture aromatique contenant de l'assa- » foetida et de l'ammoniaque liquide, et s'en trouvent bien. »

Le docteur Finch de Laverstock suit un mode de traitement semblable à celui de M. Tyerman. Il met en usage les purgatifs, les saignées locales, les lavements purgatifs, les sétons, les toniques minéraux ; quelquefois il fait attacher pendant un temps plus ou moins long les aliénés épileptiques, lorsqu'ils sont dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres.

Le docteur Mackintosh a recours aux mêmes moyens ; il croit que dans les cas où quelques symptômes indiquent l'approche du paroxysme, on peut le prévenir ou en diminuer la violence au moyen des purgatifs drastiques.

Le docteur Anderson s'accorde avec ce dernier ; il insiste

sur la nécessité pour les épileptiques d'être veillés pendant leur sommeil, afin que s'ils ont besoin d'un secours immédiat, ils n'en manquent pas.

Le docteur Button suit le même plan général de traitement. Il cherche des remèdes à opposer à tous les désordres que peuvent présenter les différentes fonctions, et recommande un régime nutritif mais doux, le grand air et l'exercice.

Le docteur Kirkman a surtout confiance dans les purgatifs, et principalement dans l'huile de croton ; quelquefois il emploie les révulsifs, mais il n'a recours que très rarement aux saignées locales.

Les remèdes employés par le docteur Holland sont de même nature ; il surveille attentivement l'état des intestins, recommande l'occupation, les distractions et les bains d'affusion.

Tel est aussi le régime que M. Hles fait suivre ; il attache de l'importance à ce que les pieds soient toujours tenus chauds, en même temps que l'on applique le froid à la tête. Il ne permet aux malades qu'une quantité de nourriture très modérée, les fait dormir la tête soutenue par des oreillers très inclinés, pour éviter de voir la suffocation survenir pendant le sommeil. L'usage de l'huile de térébenthine lui a paru avantageux.

M. Beverly, M. Smith, le docteur Bryan s'accordent à recommander les saignées locales au moyen des ventouses scarifiées, et insistent sur l'usage des purgatifs et sur la nécessité de surveiller le régime pour prévenir les maladies de l'estomac et des intestins.

M. Atkins signale l'importance qu'il y a à éviter les émotions violentes et subites.

Il y a des médecins qui diffèrent d'opinion avec ceux que nous venons de citer, en ce qu'ils croient que les épileptiques doivent avoir une nourriture aussi abondante que les autres aliénés. Parmi eux on peut citer le docteur Oliver ; mais il fait une exception qui concerne les liqueurs fermentées : « S'il y a » dans les asiles une classe d'aliénés à qui on ne doive pas

« donner de la bière , c'est celle des épileptiques , quoique en » général la circulation soit assez peu active pour que les sti- » mulants paraissent indiqués. »

M. Philips croit que le régime des épileptiques doit être léger et doux. Il approuve l'usage des ventouses scarifiées, des sétons, des vésicatoires à la nuque, des toniques minéraux ; mais, suivant lui, quand on est parvenu par ces moyens à retarder les attaques, elles sont ordinairement plus violentes que quand elles surviennent avec leur périodicité habituelle, et sont suivies d'un état comateux qui présente quelque chose des caractères de l'apoplexie. Ce coma profond a souvent une terminaison fatale. M. Philips s'est bien trouvé, pour le faire cesser, de lavements irritants, contenant de l'huile de térébenthine avec du sel et de l'eau de gruau.

Le docteur R. Davis dit qu'il faut veiller à ce que pendant les attaques les malades ne se blessent point, en enlevant tout ce qui pourrait exercer une compression sur les vaisseaux ; on met entre les dents du bois ou du linge, et en même temps on applique des sangsucs derrière les oreilles. Quand l'attaque se prolonge beaucoup, on donne des lavements d'huile de térébenthine, on met des sinapismes sur la poitrine. Pendant l'intervalle, on donne le mercure, la digitale, l'huile de térébenthine et les sels métalliques.

Le docteur Corsellis a été amené par l'expérience à des résultats à peu près identiques.

Le docteur W.-C. Finch, de Fisherton, dit qu'il a obtenu quelquefois des guérisons au moyen du calomel à haute dose, des purgatifs aloétiques, de l'oxyde d'argent donné trois fois par jour, du sesquioxyle de fer à haute dose, des sétons au cou, et des affusions froides. Une opinion tout à fait particulière à W. Finch, c'est qu'il faut aux épileptiques un régime substantiel, de la bière et du vin. Il conseille les moyens d'exciter la peau, tels que les bains chauds, les vêtements de laine, les frictions :

Le docteur Bucknill recommande un régime sain et nour-

rissant. Il donne chaque jour des pilules de rhubarbe composées, de la décoction d'aloès composée, de l'huile de croton, ou une médecine noire. Quand les attaques sont violentes, il prescrit *un drachme d'huile de térébenthine* dans une solution de potasse, à prendre de quatre en quatre heures. Il applique des sinapismes aux jambes et aux pieds, et tire trois ou quatre onces de sang au moyen de ventouses scarifiées placées à la nuque. Suivant lui la térébenthine diminue certainement la violence et la fréquence des attaques. Chez les jeunes sujets l'application fréquente de l'huile de croton sur le cuir chevelu, et l'usage longtemps continué du calomel, ont amené quelques guérisons.

Du traitement de la paralysie générale des aliénés.

La maladie particulière à laquelle on a donné ce nom n'a été recouverte et décrite que dans ces dernières années, quoique sans aucun doute elle ait toujours existé. Elle est bien connue maintenant dans tous les asiles, comme une des principales causes de mortalité parmi les malades du sexe masculin. Elle est surtout fréquente chez les personnes dont la constitution a été minée par une vie désordonnée et par l'intempérance, et parmi celles que le besoin ou toute autre cause de dépérissement ont amenées à un état de débilité extrême. On a toujours regardé généralement la paralysie générale comme une maladie ne présentant aucun espoir de guérison, et ses victimes meurent ordinairement dans la seconde ou au plus dans la troisième année à partir du commencement de la maladie.

Le docteur Sutherland a cependant été témoin de trois cas de paralysie générale terminés par la guérison. Deux des malades furent traités par le deutoclilorure de mercure, et le troisième par les sels métalliques et les révulsifs. Un quatrième malade, qui fut traité par le tartre stibié et les vésicatoires, se rétablit pour quelque temps, mais éprouva bientôt une rechute.

Le docteur Sutherland préfère , comme moyens révulsifs , les vésicatoires volants aux sétons ; il met parfois en usage la teinture de cantharide , mais il la regarde comme capable de produire de l'excitation.

Beaucoup de médecins, qui ont acquis une grande expérience dans le traitement de la paralysie générale, recommandent, particulièrement au début, tous les moyens que l'on emploie ordinairement pour diminuer l'engorgement des vaisseaux de la tête. Ils pensent qu'il faut raser le cuir chevelu, appliquer des saignées à la tête ou au cou, des ventouses scarifiées au cou, des vésicatoires derrière le cou ou sur le crâne même, et mettre en usage les mercuriaux et les médicaments purgatifs. Tel est le plan de traitement suivi par sir Alexandre Morison, le docteur Thuruam, le docteur Tyerman, le docteur Button, M. Casson, le docteur Huxley, le docteur Bryan, le docteur Finch de Laverstock, et le docteur W.-C. Finch de Fisherton.

On sait parfaitement que les malades affectés de paralysie générale sont sujets à des paroxysmes qui ressemblent aux attaques d'épilepsie, et qui se terminent quelquefois d'une manière fatale. Dans ce cas on a généralement recours à des saignées locales pratiquées avec les ventouses scarifiées.

Dans les dernières périodes de la paralysie générale, il y a non seulement perte des fonctions de la vie animale, telles que la locomotion, l'articulation des sons, l'action de la volonté sur les sphincters, mais la tonicité des vaisseaux sanguins et la vitalité des parties solides sont aussi diminuées. La gangrène survient avec une grande facilité surtout au sacrum, et il se forme en cette région de vastes ulcérations, qui plus tard minent les forces et amènent un épuisement mortel. Il faut beaucoup de soin pour remédier jusqu'à un certain point à ces accidents. C'est contre eux qu'on a recours aux lits hydrostatiques, qui sont surtout recommandés par le docteur Anderson et d'autres médecins d'asiles. Nous avons vu fréquemment ces lits employés, dans nos visites aux différentes maisons d'aliénés.

Le docteur Bryau recommande les saignées locales, les révulsifs, la chaleur appliquée à l'extérieur du corps; à l'intérieur, le mercure à dose altérante, et plus particulièrement l'iode de potassium associé aux excitants végétaux. Il a tiré grand profit de ces remèdes.

M. Philips, le docteur Robinson, le docteur Nesbitt, font observer qu'en raison de la faiblesse des fonctions vitales dans cette maladie, les malades réclament un régime nourrissant et quelquefois même stimulant. La tendance à la formation des eschares dans la paralysie générale est une preuve suffisante de ce manque de tonicité. Les accidents paraissent parfois se calmer sous l'influence de moyens propres à redonner au corps de la vigueur.

M. Philips oppose à l'excitation qui survient le soir et souvent se prolonge pendant toute la nuit, l'extrait de jusquiame, qu'il préfère dans ce cas aux opiacés.

Le docteur Finch de Fisherton conseille les purgatifs, les mercuriaux, la strychnine, les médicaments externes capables d'activer la circulation, ainsi qu'un régime substantiel et les excitants diffusibles.

Traitement moral des aliénés.

Le traitement moral de la folie n'était pas au nombre des points sur lesquels nous avons demandé des documents aux chefs des asiles d'aliénés. Nous avons cependant par d'autres moyens, et surtout pendant nos visites d'inspection, recueilli des données sur plusieurs particularités qui ont rapport à ce sujet. Un compte rendu du traitement moral suivi dans chaque asile nécessiterait une foule de détails liés intimement à la direction générale imprimée à chacun de ces établissements, détails qu'il est impossible de faire entrer dans un rapport tel que celui que nous publions. Ce traitement cependant occupe une place si importante dans les ressources dont l'on peut disposer pour la gué-

raison ou le soulagement des affections mentales, que l'on ne peut se dispenser de quelques observations générales sur ce sujet.

Quelques unes des réponses faites à nos demandes par les médecins des asiles contiennent incidemment sur le traitement moral des remarques dignes d'être considérées avec attention. Nous citons les passages suivants du rapport envoyé par les docteurs F. et C. Fox, de la maison de Brislington.

« Parmi les cas observés dans cet asile, il y en a un grand
» nombre qu'il nous a paru impossible de ranger dans aucune
» des catégories précédemment énumérées, auxquels ne con-
» vient aucun des modes de traitement que nous avons décrits.
» Ce sont les cas dans lesquels il existe une grande perversion
» du sens moral, sans aucune trace de délire; le système que
» nous avons adopté a toujours amené d'excellents résultats
» dans ces circonstances. Dans cette forme d'aliénation on a
» le plus souvent observé une grande propension aux écarts de
» régime, à l'ivrognerie, aux habitudes dissolues, et nous avons
» trouvé très utile pour ces malades de suivre un régime modéré,
» de prendre des bains froids, des purgatifs salins, de se lever de
» bonne heure, de prendre beaucoup d'exercice; il faut écarter
» d'eux pendant longtemps les circonstances sous l'influence
» desquelles la perversion de leurs instincts s'est développée,
» et c'est un résultat auquel on ne peut arriver que dans une
» maison d'aliénés. Dans ces cas le traitement moral et l'as-
» sistance d'un chapelain sont d'une grande importance. »

Ces remarques peuvent s'appliquer à beaucoup d'autres espèces d'aliénés, et non point seulement à ceux chez lesquels le désordre mental ne se manifeste que dans les dispositions, la conduite, les habitudes, sans aucune trace de délire ou de lésion des facultés raisonnantes. Il est bien connu que beaucoup de malades qui sont en proie à un délire spécial, et beaucoup d'autres qui ne sont qu'incomplètement guéris de leur manie et incapables d'après cela de rentrer dans la société, sont cependant susceptibles d'être influencés par des moyens qui n'agissent absolu-

ment que sur les facultés intellectuelles. C'est à ces malades que s'applique le traitement moral; et ils entrent pour une proportion très élevée dans la population des maisons d'aliénés. De fait il n'y a peut-être pas d'aliénés, excepté ceux pourtant auxquels il reste à peine une étincelle de raison et d'intelligence, qui ne soient susceptibles d'être plus ou moins influencés par le traitement moral, et chez lesquels il ne soit indiqué d'y avoir recours.

Le traitement moral de la folie comprend tous les moyens qui, en agissant sur les habitudes et les sentiments, exercent une influence salubre, et tendent à les ramener à l'état normal. A cette catégorie se rattachent une foule de détails, et nous ne pouvons ici que signaler d'une manière sommaire les principaux points, dire les améliorations introduites dans les différents asiles et celles qui restent encore à réaliser.

Les méthodes employées pour contenir les malades en proie à une excitation violente, et pour prévenir les conséquences funestes qui pourraient en résulter pour eux-mêmes et pour les autres, peuvent être rattachées au traitement moral, et leur étude présente un grand intérêt. Nous avons l'intention de montrer comment la commission d'inspection a pu parvenir à substituer en grande partie, aux moyens mécaniques employés autrefois pour contenir les aliénés dangereux, la douceur, les bons traitements. Dans beaucoup d'asiles et d'hôpitaux nouvellement ouverts, on enjoignit de renoncer à toutes les rigueurs autrefois en usage, et en cela on céda au vœu de l'opinion publique, et l'on suivait l'exemple donné par la maison établie près d'York. Mais, dans beaucoup de maisons particulières, principalement dans celles qui reçoivent un grand nombre de malades pauvres, on continua à employer contre les aliénés les moyens de contention les plus durs, jusqu'à ce que les médecins les abandonnassent presque complètement pour se conformer aux avis et aux injonctions souvent répétés de la commission. Il arriva très souvent que les maisons de santé particulières autorisées

par l'État n'étaient pas en mesure de séparer les malades violents et turbulents des malades tranquilles, et entrés déjà en convalescence; et, dans ces établissements, il a paru impossible, dans certaines occasions, de ne pas contenir les aliénés par des moyens mécaniques sans courir le risque d'accidents sérieux. C'est dans ces circonstances seulement que les aliénés sont encore contenus, quoique avec ménagement, par des moyens mécaniques; mais nous espérons arriver bientôt à leur abolition complète, excepté pourtant dans quelques cas extraordinaires.

Déjà, dans les asiles de différents cantons les mieux organisés, on n'y a que rarement recours, et il existe des établissements où on ne les emploie jamais; dans d'autres, leur usage est tellement exceptionnel, que l'on pourrait les considérer comme complètement abolis.

Dans son rapport publié en 1845, le médecin en chef de l'asile d'aliénés du canton de Lancastre déclare « que parmi les » améliorations les plus importantes, il faut signaler l'usage de » plus en plus restreint des moyens mécaniques de dompter » les malades violents. Pendant les quatre années qui viennent » de s'écouler, un seul malade y a été soumis, et seulement » pendant cinq heures. » Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que cette maison est encombrée de malades, et que le manque d'espace a été le sujet de plaintes fréquentes; il n'y a pas longtemps encore que le nombre de malades qu'elle contenait s'élevait à six cents.

Néanmoins le rapport des inspecteurs prouve que l'ordre et la tranquillité la plus remarquable règnent dans cet établissement, et qu'aucun malade n'y a mis fin à ses jours depuis plusieurs années, quoique beaucoup d'entre eux aient eu des propensions au suicide. Tout le monde s'accorde à dire qu'à mesure qu'on abandonne les moyens mécaniques, on voit survenir une amélioration dans la conduite et dans l'état moral des malades. Nous avons vu souvent des malades qui étaient restés pendant dix et vingt ans presque continuellement enchaînés,

parce qu'on ne croyait pas que leur violence indomptable permît d'agir autrement; nous les avons vus, disons-nous, marcher dans les cours ou les préaux des asiles sans être soumis à aucune entrave, et se montrer au milieu des autres malades aussi tranquilles, aussi inoffensifs qu'eux.

Dans les asiles de comtés et dans beaucoup de maisons autorisées, on a cessé de regarder les entraves mécaniques comme la seule ou la principale ressource contre l'agitation maniaque. On commence généralement par laisser pendant quelque temps les maniaques seuls dans une chambre, et l'on a presque toujours vu, sous l'influence de cette réclusion, leur excitation se calmer bien plus vite que lorsqu'ils sont contenus par une camisole de force. C'est surtout dans les cas où les malades cherchent avec opiniâtreté à se blesser eux-mêmes, à se mordre ou à se déchirer la peau, à s'arracher les yeux, etc., que l'on emploie encore quelquefois les liens, et parfois aussi pour les empêcher de se livrer à des pratiques obscènes; même dans ces circonstances où il est indispensable d'y avoir recours, on ne le fait jamais que pendant le moins de temps possible.

Rien n'est plus important, dans le traitement moral des aliénés, que d'occuper sans cesse leur corps et leur esprit, et de détourner leur attention des pensées et des sentiments qui ont quelque rapport avec leur maladie. Nous avons insisté très particulièrement sur ce point dans notre inspection, et nous pouvons dire que l'expérience unanime des médecins prouve qu'en s'appliquant à occuper et à distraire les malades, on obtient beaucoup de succès. Les travaux d'agriculture et de jardinage, l'exercice en plein air sont très utiles, en ce qu'ils ont le double avantage d'occuper l'esprit, d'augmenter la vigueur physique, et de ramener la santé. Le travail des artisans dans des ateliers consacrés à différents états a produit aussi d'excellents effets, sans avoir tous les avantages du travail en plein air: on n'y a recours que subsidiairement. Dans quelques asiles, on a essayé d'établir des écoles pour améliorer et exciter les facultés intellectuelles

des idiots et des imbéciles ; mais, en Angleterre, ces essais n'ont pas été poussés aussi loin qu'ils le seront plus tard, nous l'espérons bien, lorsque les individus de cette classe pourront être séparés complètement des aliénés, et établis dans des locaux mieux appropriés à leur état.

On se trouve bien, dans plusieurs asiles, de distraire, autant que possible, les malades dans l'intérieur même de l'établissement, de leur fournir des livres, des journaux, des publications périodiques d'un genre léger, quelques instruments de musique, et nous n'avons jamais manqué de signaler ce point à l'attention des médecins partout où nous avons remarqué qu'on ne faisait pas sous ce rapport tout ce qu'il était possible de faire.

L'aspect gai et riant d'un asile, qui n'a pas de murs plus hauts que la sécurité ne l'exige, tend à donner de la gaieté aux malades, et par conséquent est favorable à la guérison.

Dans beaucoup d'asiles particuliers où les malades étaient autrefois confinés dans des cours tristes et sombres, nous avons insisté pour qu'on changeât la disposition des bâtiments, pour qu'on ouvrit aux malades des emplacements plus convenables à l'exercice en plein air. Nous devons cependant faire observer que, sous ce rapport, il y a beaucoup à redire à la disposition de certains asiles recevant des malades pauvres, où nous n'avons pas pu décider les propriétaires à faire les changements que nous demandions, et où les malades sont renfermés dans des espaces trop étroits. Il en est même ainsi pour quelques asiles publics, comme ceux de Bristol et d'Haverford-West, par exemple.

Une classification bien faite des différents malades, la séparation de ceux qui pourraient se nuire réciproquement, la réunion de ceux qui ne peuvent que gagner à être ensemble, sont encore des mesures de la plus grande importance. On a fait des progrès sous ce rapport, et actuellement on comprend bien mieux que par le passé les principes sur lesquels doit reposer une bonne classification des malades. L'asile de Lancastre est

celui que nous considérons comme le mieux organisé sous ce rapport.

L'intervention d'un membre du clergé, la présence, dans les asiles d'aliénés, d'un chapelain qui y remplit son ministère, sont des moyens puissants d'améliorer l'état des malades, d'amener leur guérison. A l'asile de Northampton, il y a un chapelain résidant qui a accès continuellement et sans restriction dans les cours, qui, tous les jours, lit les prières de l'Eglise, et célèbre le service divin devant une grande partie de la population de l'hospice. Nous nous sommes assuré que cela produisait les meilleurs résultats. Il est évident qu'un tel ministère demande la plus grande discrétion, et qu'un homme d'un esprit imprudent et fanatique pourrait faire le plus grand mal ; mais un membre du clergé, sensible et judicieux, peut trouver une foule d'occasions de tranquilliser l'esprit de ceux sur qui son caractère sacré lui donne plus ou moins d'influence ; et en faisant abstraction des autres points de vue, l'assiduité des malades au service divin a pour résultat de leur donner des habitudes de bonne tenue, de leur faire faire des efforts pour rester maîtres d'eux-mêmes, ce qui doit produire de bons effets. Les témoignages répétés que nous avons reçus nous prouvent que c'est ce qui arrive.

Les principes de traitement que nous avons signalés dans la dernière partie de ce résumé (en y comprenant ce qu'on appelle le traitement moral de la folie) sont importants sous deux points de vue différents : en premier lieu, ils constituent une grande partie des ressources dont on peut disposer pour la guérison des maladies mentales, quand il y a espoir de guérison ; en second lieu, ils sont de nature à diminuer les souffrances physiques, à augmenter le bien-être des malades reconnus incurables, et, sous ce dernier rapport, ils ont plus d'importance que n'importe quel médicament. On ne doit jamais les perdre de vue. Mais il est à craindre que, depuis quelque temps, les médecins ne se soient trop exclusivement préoccupés du trai-

tement moral, et n'aient trop souvent négligé les secours de la médecine proprement dite.

Ils paraissent avoir perdu de vue cette vérité que la folie n'existe jamais sans une cause physique, sans une lésion quelconque des centres nerveux, qui amène un dérangement dans les fonctions qu'ils accomplissent, que les maladies de l'esprit ne sont que le résultat d'un désordre passager ou permanent de l'organisme; d'où il suit qu'il faut avoir recours aux remèdes physiques. Cependant les réponses que nous ont envoyées beaucoup de médecins d'aliénés prouvent qu'en général ils ont été frappés de la justesse de la manière de voir que nous exprimons, quoiqu'il y ait une grande variété dans la manière dont chacun en particulier cherche à remplir les indications qui en découlent. Beaucoup d'entre eux paraissent convaincus que l'altération du cerveau, qui est la cause immédiate de la folie, dérive souvent d'une maladie d'une autre partie du corps, d'un dérangement dans les fonctions auxquelles cet organe est étranger, d'une altération de la santé générale, et que les remèdes capables de guérir l'affection cérébrale sont des moyens calculés pour ramener les différentes fonctions à leur état normal, et modifier la constitution d'une manière avantageuse. Voilà pourquoi on recommande généralement tout ce qui peut augmenter la vigueur du corps, tel que l'exercice en plein air, un régime abondant, les toniques et les stimulants administrés avec précaution, les bains, les vêtements chauds, les distractions. Nous avons observé que la proportion des guérisons est plus ou moins élevée en raison de l'extension plus ou moins grande donnée à ces moyens de traitement purement hygiéniques. L'ancien système, qui consistait à tenir les malades pieds et mains liés dans des cellules sombres, souvent humides et malsaines, à ne les nourrir que d'aliments grossiers et repoussants, avait pour résultats l'accumulation, dans les asiles, de cas chroniques d'aliénation et l'aggravation des maux de l'humanité. La méthode actuelle de traitement, fondée sur l'humanité, les sacrifices

faits par l'État pour ouvrir aux aliénés pauvres des asiles abondamment pourvus de tous les moyens de leur donner la santé et le bien-être , prouvent d'une manière frappante les progrès de la civilisation. On arrivera très probablement , en agissant ainsi, à diminuer le nombre des aliénés incurables , et infailliblement à alléger beaucoup les souffrances de cette partie si infortunée de l'espèce humaine.

Médecine légale.

MÉMOIRE MÉDICO-LÉGAL

SUR

UN CAS DE FOLIE HOMICIDE

NÉCONNUE PAR LES ASSISES DU VAR,

Par le D^r AUBANEL,

Médecin en chef de l'asile des aliénés de Marseille.

(Suite et fin (1).)

CHAPITRE III.

Exposition des débats.

La Cour entre en séance à dix heures du matin ; elle est présidée par M. Marquezi , conseiller à la Cour d'appel d'Aix. Le fauteuil du ministère public est occupé par M. Autran , alors substitut à Draguignan , aujourd'hui substitut à Marseille ; M. Muraire , avocat très distingué de cette ville, avait été désigné depuis quelques jours pour défendre d'office l'accusé. La plupart des témoins entendus dans l'instruction avaient été appelés ; j'avais été mandé également à titre d'expert , mais j'ai regretté que la défense n'ait pas eu le temps d'assigner des témoins à décharge : les dépositions de la mère et des membres de la famille de l'accusé auraient pu , à simple titre de renseignements, exercer une heureuse influence sur la décision du jury. Nous reviendrons ailleurs sur la nature des renseignements que la famille aurait fournis relativement aux antécédents de l'individu.

(1) Voir le numéro précédent.

L'acte d'accusation a été , comme d'habitude , la première pièce produite aux débats. C'est une pièce trop importante pour n'être pas mentionnée ici dans toute son étendue.

1^o *Acte d'accusation.*

Le procureur général près la Cour royale d'Aix expose que , par arrêt en date du 11 novembre 1847, la chambre de mise en accusation a renvoyé devant la Cour d'assises du Var le nommé Joseph-Mathieu-François Moulinard , accusé d'assassinat. — De la procédure résultent les faits suivants : Le 20 avril 1847, le sieur Nicolas Matheron, ancien garde champêtre à la Cadière , se trouvait dans sa propriété , sise au territoire de cette commune ; auprès de lui était le sieur Décugès. Après le travail de la matinée, celui-ci alla se reposer à l'ombre d'un arbre, derrière la cabane de son maître ; il venait à peine de s'endormir, quand les cris de Matheron, qui appelait au secours, le réveillèrent. Décugès se précipite vers lui , il le voit chanceler et s'affaïsser sur lui-même ; car le malheureux avait été mortellement frappé. A sa vue , le meurtrier prend la fuite ; l'ouvrier le poursuit , mais ne peut l'atteindre ; il s'approche cependant assez pour reconnaître en lui le nommé Moulinard. La fille de Matheron, qui venait auprès de son père et qui vit passer à ses côtés l'assassin , le reconnut aussi ; elle arrive toute en larmes sur le théâtre du crime , presse son père dans ses bras et recueille son dernier soupir. L'arrestation de l'accusé ne put être opérée que la nuit. Il avait dressé son lit dans sa cuve et s'y tenait caché. Du reste, à peine se trouva-t-il entre les mains de la justice , qu'il n'hésita pas à faire l'aveu de son meurtre ; il prétendit nourrir depuis longtemps une haine profonde contre Matheron. Il avait acheté , disait-il , depuis quinze jours au Beausset, chez le sieur Agarat , le couteau qu'il destinait à frapper sa victime. Cette arme, dont la lame était encore teinte de sang , fut trouvée dans son havresac. Moulinard se reconnais-

sait donc coupable, il avouait à la fois le meurtre et sa préméditation. Aucun doute ne pouvant dès lors exister à cet égard, la procédure dut se borner à rechercher quel avait pu être le mobile d'un crime commis avec tant de sang-froid, avec une cruauté si farouche. L'accusé donnait pour motif à sa vengeance une tromperie remontant à quinze années, dont il aurait eu à se plaindre, mais dont Matheron n'avait été que le complice, selon lui. Vers cette époque, il acheta du sieur Rauguet une chèvre dont il paya le montant. Matheron aurait, plus tard, excité son vendeur à réclamer une seconde fois le prix de cet animal; il aurait enfin dressé un procès-verbal contre lui à cause de l'introduction de cette chèvre sur la propriété voisine; il assure enfin que le garde champêtre était son ennemi et qu'il jalousait sa famille. De pareils torts, eu les supposant prouvés, seraient trop futiles pour engendrer une animosité mortelle. La procédure a bien relevé une autre circonstance qui paraît avoir fortement indisposé Moulinard contre sa victime; mais, hâtons-nous de le dire, elle ne semble point suffisante pour faire naître chez un homme raisonnable la pensée de l'assassinat. Lorsqu'après la mort du père de l'accusé, il fallut procéder au partage de la succession, des difficultés s'élevèrent entre lui et son frère aîné au sujet de l'attribution de la quotité disponible léguée à ce dernier; des scènes violentes eurent lieu. Matheron intervint plusieurs fois pour tâcher de ramener la paix dans la famille; il adressa de vifs reproches à Moulinard parce qu'il se mettait dans des fureurs terribles et maltraitait sa mère. Un jour il le menaça même de dénoncer sa conduite à l'autorité. Quelle que fût la rancune qu'une pareille conduite put inspirer à l'accusé, la disproportion qui existe entre la gravité du crime et les causes qui l'auraient déterminé a dû naturellement faire diriger les investigations de la justice sur l'état mental du coupable. Les médecins chargés à deux reprises de l'observer et d'apprécier sa situation intellectuelle ont déclaré qu'il était atteint d'une sorte de monomanie qui lui faisait croire à l'exis-

tence d'ennemis imaginaires ; que par conséquent il avait pu , dans la scène du 20 avril , céder à une impulsion de folie ; d'où l'on devait tirer cette conclusion juridique , que s'il était incapable d'apprécier la moralité de son acte , il ne devait pas en répondre. Aussi intervint-il en sa faveur une ordonnance de non-lieu ; mais la Cour royale a réformé cette décision : c'est qu'en effet l'avis des hommes de l'art ne s'harmonise point avec les documents fournis par la procédure. Tous les nombreux témoins entendus par les magistrats instructeurs s'accordent à dire que Moulinard n'est point fou , et lorsqu'il s'agit de résoudre un semblable problème , l'opinion des personnes qui vivent journellement avec un homme doit être d'un grand poids. Qui mieux qu'elles pourrait savoir la vérité , alors que l'accusé se présentait à elles sans intérêt à feindre , alors qu'elles l'examinaient sans se préoccuper du résultat possible de leur opinion ? D'ailleurs l'accusé ne s'est jamais livré à aucun acte de folie ; il s'est toujours conduit avec logique et raison. Quand il joue , personne n'est plus adroit et ne veille mieux à ses intérêts ; lorsqu'il achète , nul se sait aussi bien choisir la bonne marchandise , nul n'est plus difficile à tromper que lui. Sans doute une grande irritabilité forme le fond de son caractère , mais ce fait n'exclut chez lui ni la conscience de ses actes , ni le calcul. Il est plus coquin que fou , disent les témoins. Ainsi Moulinard , qui possède une terre limitrophe de celle de M. Giraud , empiète annuellement sur cette dernière , au point d'obliger son voisin à le citer devant le juge de paix. Condamné par ce magistrat , il éclate en menaces de mort contre son adversaire , et lorsqu'il croit avoir rempli son âme de terreur , il lui fait proposer d'acheter sa terre à un prix double de sa valeur réelle et met la paix à cette condition. Cette spéculation sur l'effroi qu'il inspire semble plutôt l'œuvre d'un paysan déloyal et rusé que celle d'un insensé. Ainsi dans l'affaire actuelle Moulinard , qui cette fois voulait réellement assassiner Mathéron , n'a jamais proféré sur lui aucune de ces menaces terribles

dont il était si prodigue envers M. Giraud. Il a caché ses projets parce qu'ils étaient sérieux. Ce n'est point à la Cadière qu'il achète l'arme nécessaire à l'accomplissement de son crime , mais au Beusset ; ce n'est point chez son ami Jansolin , taillandier de cette commune , qu'il se présente pour faire l'acquisition du couteau , c'est chez un autre marchand dont il est inconnu. En un mot, rien dans sa conduite n'indique ni déraison ni folie ; tout est au contraire parfaitement combiné , logique et naturel. On peut déjà conclure de ce qui précède , que si l'assassinat de Matheron a eu la vengeance pour mobile , l'accusé ne dit pas à la justice le véritable motif de sa rancune odieuse. Mais le crime a eu peut-être une cause différente. Moulinard est enclin au vol ; étant enfant , il fut surpris en flagrant délit. Il y a peu d'années , il a été soupçonné d'avoir soustrait une somme de 150 francs au préjudice du fermier de la Bégude , et les nouveaux renseignements recueillis sur ce point par l'information ne permettent plus le doute sur sa culpabilité. On s'étonnait à bon droit dans la commune de la Cadière , qu'avec aussi peu de ressources et des habitudes oisives , il pût faire tant de dépenses ; et cependant loin de dépenser ses revenus , il aurait au contraire économisé sur eux , puisqu'il déposa chez M. Brun , notaire , une somme de 500 francs. Après un séjour fait à Marseille , on le vit possesseur d'une somme de 800 francs , et lorsqu'on lui demanda s'il retournerait dans cette ville , sa réponse négative semblait exprimer la crainte d'être poursuivi. Toutes ces circonstances paraissent indiquer que Moulinard , homme pauvre et immoral , ne se procurait point par des voies légitimes l'argent nécessaire à son entretien. Elles permettent de supposer que , dans la scène du 20 avril , son bras fut armé par la cupidité. L'accusé savait que Matheron était , à l'époque de sa mort , possesseur d'un somme de 1,200 francs ; il pouvait espérer trouver une partie de cet argent dans la cabane près de laquelle il frappa sa victime. Choissant un moment où sa fille n'était pas près de Matheron , ignorant la

présence de Décugès, que la cabane dérobaît à ses yeux, sans doute il voulait commettre le vol après avoir commis le meurtre. Quelle que soit du reste la réalité d'un pareil soupçon, Moulinard devra toujours compte à la justice de son attentat. Jusqu'à ce jour la démente n'est point prouvée, le crime est certain; il doit être puni. En conséquence, le nommé Joseph Moulinard est accusé d'avoir, le 20 avril 1847, au territoire de la Cadière, volontairement commis un homicide sur la personne du sieur Matheron; d'avoir commis cet homicide volontaire avec préméditation, crime prévu par les articles 295, 296, 297 et 302 du Code pénal et de la compétence de la Cour d'assises.

Fait à Aix, au parquet de la Cour royale, le 22 décembre 1847.

Pour le procureur général, l'avocat général,

Signé DARNIS.

Nous ne ferons pour le moment aucune remarque sur cette pièce; mais, dans le chapitre suivant, nous résumerons en quelques mots les points les plus importants, ceux qui constituent le fondement de l'accusation, et nous discuterons la valeur de chacune des assertions émises à l'appui de la criminalité de l'inculpé. Toutefois, sans vouloir nous arrêter maintenant sur l'appréciation de cet acte, nous ne pouvons nous défendre déjà de faire observer que, quelque soin que M. le procureur général ait mis dans la rédaction des divers chefs d'accusation pour éloigner tout soupçon d'aliénation mentale, on y trouve néanmoins plusieurs assertions qui tendent à établir une certaine imputation de folie en faveur de l'accusé. Ainsi, on y lit que Moulinard a fait presque instantanément l'aveu de son crime, qu'il a donné tout de suite pour excuse la haine qu'il nourrissait depuis longtemps contre Matheron, que l'arme encore ensanglantée a été trouvée dans sa gibecière. On y rencontre encore deux assertions très significatives : la première, que les suppositions faites pour expliquer le crime ne semblent point, en les regardant comme réelles, des causes suffisantes

pour faire naître chez un *homme raisonnable* la pensée de l'assassinat ; la seconde, que la disproportion entre la gravité du crime et les causes qui l'auraient déterminé a dû nécessairement faire diriger les investigations de la justice sur l'état mental du coupable. Ces aveux tacites en quelque sorte, dans une pièce ayant pour but d'établir la criminalité du prévenu, sont très remarquables et méritent d'être notés avec soin.

2° Interrogatoire de l'accusé.

Cet interrogatoire n'apporte, pour les détails du meurtre, aucun fait nouveau dans les débats : l'accusé se borne à répondre aux questions qui lui sont posées par M. le président ; il avoue son crime comme dans l'instruction ; il parle des causes de la haine qu'il portait à Matherou ; il raconte avec sang-froid les détails de la perpétration du meurtre. Dans ses réponses, il n'affecte jamais la moindre incohérence d'idées et de paroles ; il est toujours exact et précis. Plusieurs fois, sur les interpellations de M. le président, il répond avec assurance qu'il *n'est pas fou* et qu'il *ne l'a jamais été*. Dans le cours des débats, on le voit, à deux ou trois reprises, rouler ses yeux dans les orbites et les agiter convulsivement ; mais, hâtons-nous de le dire, son attitude ne varie jamais durant l'audience ; il reste toujours le même, calme, paisible, et impassible. Il ne s'anime pas une seule fois ; toutes les questions le trouvent d'une impassibilité étonnante ; toutes les graves accusations lancées par les témoins ne semblent pas l'émouvoir un seul instant. Il ne montre dans sa défense, ni ruse, ni finesse, ni calcul ; ses réponses, prononcées avec timidité ou mieux avec une sorte de stupidité, ne paraissent pas calculées, ni dictées dans le but de tromper la justice et d'échapper à la grave accusation qui pèse sur lui.

Trois de ses réponses méritent d'être signalées : — D. Mais, malheureux, lui dit le président, comment se fait-il que vous ayez donné huit coups de couteau ; que vous ne vous soyez pas

arrêté au premier, au deuxième, quand vous avez vu couler le sang, quand vous avez entendu les cris de Matheron ? — *R.* Si j'ai tant donné de coups de couteau, c'est qu'il vivait encore. — *D.* N'avez-vous pas de regret d'avoir commis un si grand crime ? — *R.* Oui, j'en ai du regret, je ne le ferais pas aujourd'hui. — *D.* Pourquoi en avez-vous du regret ? — *R.* Parce que j'ai souffert beaucoup en prison et que la nourriture y est mauvaise.

3° *Déposition du médecin.*

A titre d'expert, je suis appelé un des premiers, après cet interrogatoire, pour déposer sur l'état mental de l'inculpé. Ma déposition est exactement le résumé de mon rapport médico-légal ; je m'attache surtout à démontrer que la monomanie de cet homme n'est pas douteuse, bien qu'il ne fasse pas d'extravagance, que la plupart de ses actions soient sensées, et que sa physionomie conserve une apparence complète de raison. M. le président, quelques jurés et le défenseur me posent plusieurs questions que je crois inutile de rappeler ; j'y réponds de mon mieux et je donne, à cette occasion, toutes les explications et les éclaircissements scientifiques qui peuvent jeter quelque lumière sur ce grave sujet.

Je suis étonné, dans le cours de mon interrogatoire, de trouver dans la bouche de M. le président les deux singulières assertions que voici : La première, que la médecine est une science tout hypothétique, que nos doctrines sur la folie homicide sont loin d'être certaines ; qu'il connaît, à Aix, un médecin aliéniste qui conserve les plus grands doutes sur l'existence de cette sorte de monomanie. La seconde, que le genre de fuite de l'accusé après la perpétration du crime, l'absence de toute précaution propre à égarer la justice, et l'aveu presque immédiat de sa culpabilité, sont autant de circonstances qui ne prouvent rien en faveur de l'état de folie,

attendu que beaucoup de criminels agissent ainsi, et qu'il existe habituellement chez ces derniers la plus grande inconséquence dans l'emploi des divers moyens à l'aide desquels ils cherchent à cacher le crime.

Je réponds à la première assertion, que, quelque fausse que me paraisse l'opinion de M. le président sur la médecine en général, je ne crois pas devoir discuter *avec un magistrat* sur le plus ou moins de certitude qu'il refuse à cette science; mais je soutiens que nos doctrines sur la folie homicide sont le fruit de l'expérience et de longues études; qu'il n'est plus permis, à des gens étrangers à la médecine mentale exceptés, d'avoir le moindre doute sur la réalité de cette grave affection du cerveau. Quant à l'opinion du médecin d'Aix, qui, suivant M. le président, serait contraire à ma manière de voir, j'exprime un grand étonnement sur ce point, le regret surtout que ce médecin n'ait pas publié ses idées sur la monomanie, et qu'il ne soit pas présent à l'audience pour pouvoir discuter avec lui sur ce grave sujet. Mais, je me hâte de le dire, j'étais certain d'avance qu'il y avait erreur de la part de M. le président, quelque positive que fût son assertion: j'avais deviné sans peine le nom de ce médecin; je savais que dans un cas de folie homicide, offrant avec celui-ci la plus grande analogie, nous avions développé simultanément, comme experts devant les assises des Bouches-du-Rhône, les mêmes idées et la même opinion. J'ai appris plus tard, de la bouche même de ce médecin, que sa manière de voir n'était pas changée, et que M. Marquezi avait tout à fait mal interprété ses idées sur la monomanie homicide.

Dans ma réponse à la seconde assertion émise par M. le président, j'avoue que, dans quelques cas, il peut y avoir similitude complète entre un aliéné et un criminel sous le rapport des moyens à employer pour cacher le crime; mais je soutiens que ces cas sont rares, et que le criminel agit le plus ordinairement de telle manière, qu'il n'y a pas possibilité de

le confondre avec le monomane homicide. Je persiste donc à établir, comme je l'avais déjà fait dans mon rapport, que les circonstances qui ont accompagné et suivi la perpétration du meurtre concourent à prouver que l'accusé est réellement aliéné. M. le président soutient toujours le contraire par le motif signalé ci-dessus, et il invoque, à l'appui de sa manière de voir, sa longue expérience en matière criminelle, expérience, du reste, devant laquelle je m'incline, et qui a valu à ce magistrat une réputation justement méritée. Je reviendrai dans le chapitre suivant sur ce point de discussion.

Ici se termine ma déposition ; mais, avant de me retirer, j'ai soin de faire remarquer que je suis loin de demander la mise en liberté de cet homme ; que je le considère, au contraire, comme très dangereux, et qu'il sera urgent, dans le cas d'une décision favorable, de le renfermer à tout jamais dans une maison d'aliénés. La société, dis-je, n'a pas le droit de punir un aliéné, mais elle a le droit incontestable de se garantir à tout jamais de ses violences.

4° Dépositions des témoins.

Les témoins sont appelés tour à tour pour faire leurs dépositions, mais la plupart n'apprennent rien de nouveau, rien qui n'ait été déjà consigné dans les pièces de la procédure. Cependant il est quelques témoins qui produisent, sans s'en douter, plusieurs faits d'une grande importance, restés inconnus jusqu'alors. Avant de parler de ces dépositions, arrêtons-nous un instant sur les résultats généraux qui découlent de l'ensemble de tous les témoignages entendus.

Tous les témoins, depuis le maire jusqu'au médecin de la Cadière, soutiennent avec persévérance que l'accusé n'est pas fou, qu'il est plus coquin que fou, et que jamais personne dans le pays ne l'a considéré comme privé de sa raison. Il y a unanimité sur ce point ; aucun témoin ne s'est démenti : tous, sans

exception, ont déposé de la même manière. Nous allons voir bientôt la contradiction qui existe entre cette affirmation si positive et une foule de faits produits par ces mêmes témoins.

Un autre résultat de ces diverses dépositions, c'est que les témoins, tout en affirmant que la folie n'a pas été le mobile de cet assassinat, restent tous muets sur la question de savoir le motif, la raison pour laquelle Moulinard a tué Matheron. Est-ce pour voler sa victime ? Ce n'est pas probable, tous l'ont déclaré ; car Matheron ne pouvait rien avoir de précieux dans cette *bastide* qu'il n'habitait pas. Était-ce pour se venger des remontrances que Matheron lui aurait faites autrefois, à l'occasion de quelques contestations de famille ? Aucun ne l'a cru, car cette circonstance remontait à plusieurs années, et jamais l'inculpé n'a paru en conserver le moindre ressentiment. Était-ce enfin pour le punir de lui avoir refusé sa fille en mariage ? On le disait vaguement dans le pays ; mais cette pauvre fille, accablée par la douleur et sanglotant à chaudes larmes, a déclaré elle-même, à l'audience, qu'elle n'en croyait rien, vu que l'accusé ne lui avait jamais rien dit de pareil, et que son père, qui avait l'habitude de ne rien lui cacher, ne lui en avait jamais parlé. Ces diverses suppositions sont restées sans preuves, sans le moindre fondement, quelque habileté que M. le président ait déployée, dans les interrogatoires, pour arriver à la vérité et à la constatation des faits ayant trait à ces prétendues accusations. Il y a encore sur ce point unanimité d'opinions ; personne n'a pu s'expliquer la raison de ce crime. Les débats, je le répète, n'ont absolument rien appris sous ce rapport ; la criminalité du meurtre n'a pas pu être établie.

Un troisième résultat, que M. le président a pris un grand intérêt à rechercher, c'est que l'accusé est susceptible de calcul, de ruse et d'attention dans les actions habituelles de la vie ; que ses antécédents ne prouvent pas en sa faveur, qu'il a prémédité son crime de manière à pouvoir tromper la justice, qu'il a eu

soin enfin de s'enfuir et de se cacher pour échapper aux poursuites. Les témoins, portés naturellement à regarder ces circonstances comme négatives de la folie, ont relaté avec soin tous les faits qui pouvaient venir à l'appui de cette manière de voir; mais ils n'ont rien appris néanmoins qui ne se trouve dans l'instruction.

Tous les faits consignés dans mon rapport, comme confirmatifs de l'état de folie, ont été reproduits par les témoins. Ainsi, les propos sans suite ni liaison de l'accusé, ses emportements habituels, ses menaces outrées contre M. Giraud, ses singularités de plusieurs genres, sa mise recherchée, ses dépenses supérieures à ses moyens, son oisiveté, son refus de boire de l'eau des fontaines du village et de manger le pain des boulangers, son habitude de manger toujours seul et de ne jamais vouloir boire à une bouteille commune, ses craintes d'empoisonnement, sa méfiance envers le médecin Durand, sa conviction d'avoir été empoisonné, etc. Un seul fait est resté douteux, c'est celui de l'empoisonnement de Toulon, dont il est parlé dans mon rapport. Mais, disons-le tout de suite, il n'en a été question que d'une manière très incidente dans les débats; aucun témoin n'avait été assigné à cet effet, et il n'a pas même été question de la déposition de la personne à qui l'accusé, avant la perpétration du crime, avait parlé une fois de cette tentative d'empoisonnement de Toulon. Ce fait aurait mérité, à mon avis, de nouvelles recherches et un supplément complet d'instruction. Il est à regretter que la défense n'ait pas eu le moyen de faire remonter à l'origine de ce bruit, ni de faire assigner, comme je l'ai déjà dit, quelques témoins à décharge.

Mais ce que je regrette surtout, c'est que les membres de la famille n'aient pas été appelés, au moins à titre de renseignements. Qui pouvait mieux qu'eux donner des détails précis sur son caractère, sur ses habitudes, sur ses actes de tous les instants? Les parents, dira-t-on, auraient eu intérêt à le faire passer pour fou? Oui, c'est en effet à supposer, et la justice doit se

méfier de ces témoignages intéressés. Mais il est des parents aussi qui ne savent parler qu'avec conscience et vérité, sans feinte, ni ruse, ni calcul; c'est ainsi certainement qu'auraient déposé les membres de la famille de l'accusé, s'il faut en juger par l'opinion que je me suis formée de ces pauvres gens, à la simple lecture de leurs dépositions dont le jury, à mon grand regret, n'a eu aucune connaissance. La sœur et le frère paraissent dignes de foi dans les particularités qu'ils racontent, entre autres celle de l'échange du pain et celle de ses craintes habituelles d'empoisonnement. La mère surtout semble mériter toute confiance, lorsque, tout en accusant son fils sur plusieurs points, sans intention réelle d'excuser ses emportements continuels et son crime, elle raconte la manière de vivre de l'accusé, ses inquiétudes, ses alternatives de bien et de mal, ses craintes sans fondement. Elle avait été menacée elle-même bien souvent, elle avait beaucoup souffert de ses emportements; mais elle était mère, et elle lui pardonnait tout; car, *sans le regarder comme fou* (la fureur est seule aussi pour elle un signe de folie), elle le voyait malade et troublé. Que de fois elle lui disait : *Va dissiper tes chagrins en travaillant !* La naïveté de cette déposition eût sans doute favorablement impressionné le jury.

Il me reste à faire connaître les dépositions qui ont produit des faits encore mal connus ou tout à fait nouveaux; je commence par celle du maire de ce village : 1° M. le maire, interrogé, en sa qualité, sur la question de savoir ce que pense le pays relativement à l'état mental de l'accusé, répond que personne ne l'a jamais cru fou, mais qu'il était connu pour avoir un caractère *indéfinissable*. Le même témoin, je crois, déclare que l'accusé ayant donné un jour 10 francs à sa mère pour se faire acheter des pêches, avait maltraité celle-ci d'une manière indigne pour ne pas lui avoir obéi, ou pour lui avoir fait quelque observation à ce sujet.

2° Le médecin du village, que naturellement on devait sup-

poser meilleur appréciateur que les autres témoins de la situation mentale de cet homme, ne se rappelle pas, pour ce qui le regarde, les particularités dont parle l'accusé. Sa déclaration sur l'état de folie est aussi négative que celle des autres témoins; ce médecin, je dirai plus, semble mettre une certaine insistance à faire sentir que l'inculpé jouit de toute sa raison. Cependant il déclare, et je suis étonné qu'il n'ait pas su interpréter, en sa qualité de médecin, la signification de ces faits, il déclare qu'il ne s'explique pas mieux que les autres habitants de la Cadière la raison de ce crime; que Moulinard est allé le consulter quelquefois pour une espèce de jaunisse dont il *exagérait la gravité*; qu'il ne l'a jamais considéré comme réellement malade, qu'il est possible qu'il ait refusé une fois de le saigner. Ce même médecin, sur l'interpellation de M. le président, nous apprend en outre, ce qui me paraît caractéristique, que s'étant trouvé présent à l'arrestation de l'inculpé, et s'étant avancé pour examiner et panser la blessure qu'il portait à une main, il avait été repoussé avec force par Moulinard. Celui-ci lui dit, en retirant son bras: Comment! vous voulez me penser, vous, monsieur Durand, vous qui m'avez fait tant de mal!

3° Le témoin qui avait déclaré dans l'instruction qu'il n'avait jamais pu dissuader l'inculpé de ses méfiances et de ses craintes à l'égard de ce médecin vient renouveler cette déclaration, et il ajoute que c'était Moulinard lui-même, *longtemps avant l'événement*, qui lui avait parlé de plusieurs tentatives d'empoisonnement et de son animosité envers M. Durand.

4° Un autre témoin, aussi convaincu que les autres de l'absence de tout dérangement intellectuel, fait savoir qu'il avait ouï dire à Moulinard, faisant allusion à ses discussions avec M. Giraud: *Moulinard, gentilhomme, marchera au-dessus des grands de la terre*. Le même témoin, si je me le rappelle bien, déclare qu'il l'avait entendu parler un jour avec tant de verbiage, et dire des choses si déraisonnables, si déconsues, qu'il n'avait

pu s'empêcher de le regarder ce jour-là comme frappé d'un certain degré de folie. Il affirme, sur l'observation du président, que l'accusé n'était assurément pas pris de vin le jour de cet entretien. (L'accusé avait toujours usé avec modération des boissons alcooliques.)

5° Mais la déposition la plus remarquable est celle d'un paysan que M. le président prend soin d'interroger longuement, en sa qualité de voisin d'habitation avec l'inculpé. Je regrette de ne pouvoir reproduire cette déposition telle qu'elle s'est produite, c'est-à-dire dans l'idiome patois du paysan de notre pays; elle n'aura jamais, en la traduisant en français, cette naïveté que tout l'auditoire a remarquée, et qui rend caractéristique la déclaration de cet homme. Le témoin déclare d'abord (c'était le thème obligé de tous les témoins) qu'il peut donner l'assurance à la justice que Moulinard n'a jamais été fou; mais, poussé avec insistance et habileté par M. le président, forcé en quelque sorte de dire tout ce qu'il sait des habitudes de l'inculpé, il finit par avouer un à un (toujours sur de nouvelles instances, et en accompagnant chaque aveu de son affirmation première, *mais je vous assure qu'il n'est pas fou*) une foule de faits que l'instruction a ignorés et qui méritent d'être pris en sérieuse considération. « Je l'ai rencontré une fois la nuit dans » la rue; il me dit qu'il allait se promener, parce qu'il ne pouvait pas dormir. Je l'ai vu sortir plusieurs fois la nuit, enveloppé dans une couverture de son lit. Je l'ai entendu souvent » chanter et parler dans la nuit à haute voix; j'ai compris quelquefois qu'il disait avoir des ennemis qui avaient essayé de » l'empoisonner. Je l'ai vu jeter plusieurs fois par la fenêtre » des pastèques (melons d'eau), des pommes de terre, des haricots et divers comestibles. Mais ces comestibles, dit le président, étaient mauvais. Non, répond le témoin, ils étaient » de très bonne qualité. Je sais qu'il ne voulait pas quitter la » maison quand sa marmite était au feu; mais s'il était obligé » de sortir, il avait soin, de peur qu'on n'y jetât dedans quelque

« chose pour l'empoisonner, de placer une grosse pierre sur le » couvercle de la marmite. » Le bonhomme qui fait ces déclarations décisives n'en comprend ni le sens, ni la portée ; et l'auditoire éclate de rire en quelque sorte chaque fois qu'il ajoute, avec la plus grande naïveté, ce correctif obligé des faits qu'il avance : *Mai, moussu lou présiden, vou puori assura qué aquél hommé es pas fuolé.*

Du reste, ne nous étonnons pas de voir ce pauvre paysan si peu expérimenté sur ce point ; j'ai vu beaucoup de gens d'une condition plus élevée refuser la qualification de fous à des hommes présentant des symptômes non moins caractéristiques ; il faut souvent que la folie soit arrivée à un haut degré de développement pour qu'elle soit admise vulgairement comme maladie. Ne nous en étonnons pas surtout, puisque à la même audience, un médecin est venu également faire une déclaration négative, en face d'autres faits, dont il a été témoin, tout aussi probants et tout aussi péremptoires que ceux rapportés par ce cultivateur.

5° *Réquisitoire du ministère public.*

L'auditoire attendait avec impatience le réquisitoire du ministère public ; on était curieux de savoir, sous l'impression des faits qui venaient de se produire, s'il soutiendrait ou s'il abandonnerait l'accusation. M. Autran, après avoir exposé la fin tragique de Matheron, après avoir fait sentir en termes chaleureux l'horreur de ce terrible événement, et avoir payé un large tribut à la douleur si légitime de la famille, examine l'affaire sous toutes ses faces, et, avec un esprit remarquable d'analyse, il étudie une à une toutes les particularités importantes à connaître, résultant de l'instruction du procès et des débats de l'audience. Il divise son réquisitoire en deux parties : il fait ressortir, dans la première, tous les faits qui militent en faveur de la criminalité de l'acte imputé à Moulinard ; il énu-

mère avec détail, dans la seconde, les faits non moins nombreux et non moins concluants qui viennent à l'appui de l'imputation de folie. En définitive, le ministère public ne prend aucune conclusion ; il ne se prononce ni pour ni contre l'accusé ; il semble vouloir laisser entièrement à la responsabilité du jury le jugement de cette cause. Mais si l'on considère, d'une part, le développement qu'il donne à l'exposition des faits de la seconde partie de son réquisitoire ; d'une autre part, le soin avec lequel il analyse notre rapport médico-légal et les sentiments de confiance qu'il témoigne en faveur de l'autorité des hommes de science dans les questions de cette nature ; si l'on considère en un mot l'impression générale que tout l'auditoire semble éprouver des paroles de ce magistrat, il paraît à peu près certain que le ministère public ne croit pas à la criminalité de l'acte, et qu'il regarde l'inculpé comme ayant agi sous l'impulsion d'une volonté malade. Quelque doute restant peut-être dans son esprit, M. le substitut n'a pas osé demander l'acquiescement de l'individu ; mais il s'est bien gardé de conclure à sa condamnation, comprenant très bien, sans doute, qu'il était difficile de soutenir l'accusation avec énergie, en l'absence de tout motif capable d'expliquer cette action criminelle. Toutefois cet honorable magistrat, sentant probablement combien cette dernière circonstance était favorable à l'accusé, s'est efforcé, dans la partie de son réquisitoire ayant trait à la démonstration des preuves de criminalité, de démontrer aux jurés qu'il n'était pas indispensable, pour condamner, de connaître le mobile qui a fait agir le criminel. Il suffit, leur dit-il, que l'acte matériel soit établi, que Moulinard soit reconnu être l'auteur de l'assassinat, et il n'existe pas le moindre doute sur ce point, pour que le jury soit autorisé à le rendre responsable de son forfait, bien que la cause qui l'a fait agir reste ignorée. Je ne partage pas entièrement l'avis de M. Autran sur ce point, je reviendrai plus loin sur ce sujet de discussion ; mais qu'il me soit permis tout de suite de regretter que le

ministère public n'ait pas invoqué au contraire cette circonstance décisive comme un indice, ou mieux comme une preuve irrécusable de l'existence de l'état de folie. Du reste ce réquisitoire, plutôt favorable que contraire à la cause que je défends, a produit une agréable impression sur l'auditoire ; c'est l'œuvre d'un homme instruit et d'un magistrat consciencieux.

6^e Plaidoirie.

M. Muraire, comme je l'ai déjà dit, avait été désigné d'office pour défendre l'accusé. On ne pouvait pas confier en de meilleures mains la défense de ce malheureux : c'est un avocat d'une éloquence très distinguée, profondément versé dans les questions de justice criminelle, et singulièrement habile à saisir toutes les ressources de la cause dont il s'est fait le défenseur. Je regrette de ne pouvoir reproduire cette remarquable plaidoirie : c'est une démonstration péremptoire de la vérité que j'ai soutenue dans mon rapport médico-légal ; une démonstration éloquente et sans réplique de la non-culpabilité de l'individu. Toutes les suppositions imaginées pour expliquer le crime sont réfutées et réduites à néant par cet habile avocat ; tous les faits invoqués contre l'accusé sont appréciés à leur juste valeur ; tout l'échafaudage établi par l'acte d'accusation est détruit pièce par pièce. M. Muraire, par ses rudes attaques, ne laisse en un mot subsister aucune espèce d'apparence de criminalité.

La partie de la défense relative à l'imputabilité de folie est principalement très remarquable : l'avocat présente une analyse parfaite des symptômes morbides qui ont été observés chez l'accusé ; il apprécie ces symptômes avec une merveilleuse sagacité, et il en tire toutes les déductions logiques et décisives dont ils sont susceptibles. A l'appui de sa démonstration, il invoque l'opinion de plusieurs autorités médicales ; mais il s'appuie

spécialement sur les considérations médico-légales de notre rapport judiciaire, dont il lit quelques passages, et qu'il regrette de ne pouvoir rapporter dans toute son étendue. Cette remarquable défense, soutenue constamment avec une rare chaleur, et captivant jusqu'au bout tout l'auditoire, s'est terminée à peu près en ces termes : « Je vous conjure, MM. les » jurés, de lire en entier et de méditer longuement le rapport » de M. Aubanel, avant de prononcer votre décision. Osez- » vous déclarer, vous étrangers à la médecine, que Moulinard » est coupable, qu'il n'est pas aliéné, lorsque deux honorables » médecins de Toulon ont établi le contraire; lorsqu'un homme » de science, un médecin voué exclusivement à l'étude des » maladies mentales, et placé à la tête d'un hôpital de 400 » aliénés, vient ici vous déclarer, avec la plus intime conviction, » qu'il y a folie et non criminalité? Non, vous ne l'oserez pas; » vous vous inclinerez, comme moi, devant ces déclarations » positives de la science, et vous nous apporterez certainement » un verdict d'acquittalment. »

M. le président cède la parole au ministère public pour la réplique; mais M. le substitut du procureur du roi ne réplique point, il renonce à la parole et ne prend aucune conclusion. Ce silence n'est-il pas éloquent? n'est-il pas la preuve tacite d'une conviction favorable à l'accusé? C'est du moins ainsi que tout l'auditoire l'interprète.

7° *Résumé de M. le président.*

Les débats sont clos, et M. le président présente le résumé de l'affaire. L'expérience de M. Marquezi, comme magistrat, est immense; elle est de notoriété publique dans tout le ressort de la Cour d'appel d'Aix: c'est un homme d'un profond savoir, d'une rare sagacité et d'un jugement parfait; personne n'est plus capable que lui pour présider les assises, et il excelle habituellement dans cette analyse concise des débats qui termine les procès criminels.

Le résumé de ce magistrat dans cette affaire a été complet, quoique concis; mais, j'ai regret de le dire, il semble avoir été quelque peu partial, s'il faut en juger par l'impression qu'il a laissée sur tous les auditeurs. Le président, dans cette exposition des faits, doit être simplement narrateur; il doit exposer fidèlement les circonstances qui condamnent l'accusé ou qui militent en sa faveur sans laisser percer en aucune manière son opinion personnelle; il ne doit pas en un mot faire l'office de défenseur ni de ministère public. M. Marquezi s'est-il conformé entièrement à ces règles, qu'il connaît si bien, lorsqu'il a appuyé avec tant d'insistance sur les preuves de criminalité, et passé si légèrement sur celles plus nombreuses et plus concluantes qui établissaient l'état de folie? N'a-t-il pas donné la preuve d'une certaine partialité, lorsqu'il a mis tant de persévérance à soutenir que les hommes de science se trompaient quelquefois, et que les doctrines des médecins sur ce point pouvaient être infiniment dangereuses à la société? Enfin n'a-t-il pas exercé une influence décisive sur l'esprit des jurés en leur disant qu'eux seuls étaient capables de juger ces questions de simple bon sens, en leur racontant une affaire de ce genre où un second jury serait venu réformer un premier jugement, contrairement à l'opinion des hommes de l'art? Je ne connais pas cette affaire; mais je demande à M. le président s'il est bien certain que le second jury ait mieux jugé que le premier; je lui demande si à côté de ce fait, qui aurait besoin d'être examiné avec détail, il n'en existe pas, dans les annales criminelles, une foule d'autres où un second jugement, meilleur appréciateur que le premier de l'état de folie, est venu redresser de déplorables erreurs judiciaires, et enlever à de pauvres aliénés la flétrissure que leur avait infligée une condamnation injuste? Je respecte profondément l'opinion personnelle que pouvait avoir dans cette affaire cet honorable magistrat; je sais que ses convictions sont toujours consciencieuses, mais j'aurais voulu qu'il s'abstînt de faire connaître son opinion,

qu'il prît soin, au contraire, de ne pas la laisser soupçonner ; car il sait mieux que moi que l'autorité morale d'un président est immense , que son influence est souvent toute souveraine sur un jury peu habitué à ces questions judiciaires, toujours enclin à s'en remettre , dans les circonstances difficiles , au jugement d'hommes plus expérimentés et plus éclairés que lui.

Le jury entre en délibération à 7 heures du soir ; il arrive, une demi-heure après, avec une réponse affirmative sur la seule et unique question qui venait de lui être soumise : Moulinard est-il coupable d'avoir assassiné le nommé Matheron ? Mais , tout en le reconnaissant coupable, le jury admet des circonstances atténuantes en sa faveur. Cette décision inattendue étonne l'auditoire. Pourquoi, se disait-on de toutes parts, des circonstances atténuantes ? Pourquoi ne pas le faire condamner à mort, si réellement il n'est pas fou, puisqu'il y a eu préméditation dans la perpétration du meurtre ?

La Cour, conformément à la décision du jury, condamne Moulinard aux travaux forcés à perpétuité.

CHAPITRE IV.

Discussion médico-légale sur les principaux faits de l'affaire.

M'étant livré , dans mon rapport judiciaire , à de longues considérations sur les circonstances principales qui pouvaient servir à l'appréciation du moral de l'inculpé, je ne reviendrai pas, pour éviter de nombreuses répétitions, sur une foule de faits déjà étudiés avec soin. Toutefois il en est sur lesquels je dois revenir, soit parce qu'ils ont besoin d'être examinés plus complètement, soit parce que, ayant été reproduits dans les débats, il est utile de combattre la manière dont ils ont été présentés et appréciés. Il importe également de fixer notre attention sur plusieurs faits tout nouveaux qui se sont produits à l'audience. Telle est la discussion qui va faire l'objet de ce dernier chapitre.

L'acte d'accusation, que nous avons transcrit littéralement, mérite tout d'abord de fixer notre attention. Voici en résumé les faits principaux sur lesquels cette pièce est basée pour établir la criminalité de l'inculpé : 1° Moulinard a agi avec préméditation ; ce qui le prouve, c'est qu'il a acheté son arme dans un autre village, chez un marchand qui ne le connaissait pas. 2° L'accusé ne s'est jamais livré à aucun acte de folie ; il s'est toujours conduit avec logique et raison ; personne ne joue aux cartes mieux que lui, ne choisit mieux la marchandise qu'il achète ; nul n'est plus difficile à tromper : il a prouvé, par la spéculation qu'il voulait faire en vendant son bien à M. Giraud, qu'il était plus déloyal et rusé que fou. 3° Tous les témoins s'accordent à dire qu'il n'est point fou, qu'il est plus coquin que fou. On ne lui a jamais entendu dire des injures contre Matheron, parce que, préméditant son crime, il voulait laisser ignorer la haine qu'il portait à cet homme. 4° L'opinion des personnes qui vivent journellement avec un homme doit être d'un grand poids pour la solution du problème de la folie. 5° L'irritabilité de son caractère n'exclut pas en lui la conscience de ses actes ni le calcul. 6° Ses mauvais antécédents, les divers vols dont on l'accuse, le mystère qui couvrait son genre de vie, ne doivent-ils pas faire supposer que, en tuant Matheron, il avait probablement l'intention de le voler. 7° Il s'est enfui et il est allé se cacher dans une cuve. 8° L'avis des hommes de l'art ne s'harmonise point avec les documents fournis par la procédure.

Telles sont les assertions qui établissent les bases de l'acte d'accusation. Tels sont les faits qui se sont reproduits dans les débats, et que M. le président a pris le plus grand soin à faire constater de nouveau par les témoins. Tâchons d'apprécier exactement ces faits, et de réduire à leur juste valeur ces divers chefs d'accusation.

Premier chef d'accusation.

J'admets, avec l'acte d'accusation, qu'il y a eu préméditation chez Moulinard, préméditation parfaitement calculée et préparée de longue main. Mais est-ce une preuve qu'il n'y ait pas folie? Non, car nous avons démontré dans la première partie de ce mémoire, en assignant à la monomanie les caractères qui la distinguent, que l'aliéné dont le délire est partiel pouvait méditer un crime, s'y préparer, calculer les moyens les plus certains pour réussir. Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit à ce sujet. Mais les faits de cette nature sont en si grand nombre dans les annales de la science, que je crois utile d'en citer brièvement quelques uns afin de convaincre les plus incrédules, ceux qui pourraient conserver quelque doute sur ce point. Je ne choisirai que des cas où l'aliénation mentale a été parfaitement constatée.

1° Un paysan prussien, dit Esquirol, croit voir et entendre un ange qui lui ordonne, au nom de Dieu, d'immoler son fils sur un bûcher. Il ordonne à son fils de l'aider à porter du bois dans un lieu désigné, et d'en faire un bûcher. Celui-ci obéit; son père l'étend sur l'autel sacrificateur et l'immole, en imitation en quelque sorte du sacrifice d'Abraham.

2° Un avocat, qui avait déjà éprouvé plusieurs accès d'aliénation mentale, s'arme un jour d'un rasoir, fait descendre sa femme à la cave, sous prétexte d'y vérifier quelque chose; il l'égorge sans motif, et tue un instant après sa belle-sœur, qui venait les appeler. La folie éclate après cela dans toute son intensité. Ce malheureux est reconnu fou et placé dans une maison d'aliénés; il meurt après plusieurs années à la suite d'un nouvel accès de fureur homicide.

3° Un ouvrier de Marseille, en proie à des idées de persécutions et de complots contre sa personne, s' imagine un jour que son ami est au nombre de ses ennemis; il projette de le

tuer, et va acheter une arme, de la poudre et des balles, et ayant rejoint son ami dans un café, il lui décharge un pistolet dans l'oreille. Il est acquitté par les assises des Bouches-du-Rhône, et renfermé plus tard dans l'asile d'Avignon. Le médecin de l'établissement me disait il y a deux ans: « Vous l'aviez » très bien jugé. Ses idées monomaniaques sont toujours les » mêmes; je le considère toujours comme un aliéné dange- » reux. »

4° Un pêcheur de Marseille, tourmenté depuis plusieurs années par une maladie imaginaire, sentant constamment de mauvaises odeurs, éprouvant des hallucinations de plusieurs sens, quoique très calme et très raisonnable en apparence, s' imagine un jour que ces singulières sensations lui sont occasionnées par un prêtre qui, à l'aide de ses prières, jouit de la propriété de le tourmenter aussi horriblement. Il projette de se venger. Il s'informe à cet effet des heures où le prêtre rentrait chez lui. Il manque plusieurs fois son coup, mais un jour il le rencontre, se jette sur lui et le terrasse. On laisse cependant ce malheureux en liberté. Mais ce respectable ecclésiastique, ayant appris plus tard que cet homme était venu encore plusieurs fois le guetter dans la rue, se décide à adresser ses plaintes à l'autorité. La police, avertie à temps, le saisit peu de jours après, au moment où il était posté au coin de la rue pour attendre son ennemi imaginaire. La justice a instruit l'affaire; il y a eu arrêt de non-lieu, d'après les conclusions d'un rapport judiciaire qui m'avait été demandé sur le compte de cet homme. Ce malheureux fou est dans mon établissement; il travaille avec adresse et habileté à une foule de petits travaux; il est toujours calme, personne en le voyant ne le prendrait pour un aliéné. Cependant il continue à être en proie à ces mêmes idées. Il est monomane dans toute la force du terme; sa folie a pris un caractère intermittent, et il pourrait certainement redevenir dangereux, s'il était rendu à la liberté.

5° Un cultivateur de Munich, obsédé depuis quelque temps

par des idées sombres et lugubres, se méfiant d'une foule de personnes, finit par reprocher à son valet mille choses, les unes futiles, les autres tout à fait déraisonnables, comme celle d'être d'accord avec son voisin pour lui faire du tort, celle d'avoir transporté des charançons du grenier à blé de celui-ci dans le sien. Il prit plus tard la résolution de le renvoyer; il le prévint en effet à temps, et il régla son compte la veille du jour où il devait partir; mais le lendemain, avant le départ, il forma le projet de se venger de lui. Il s'empara d'un fusil; il profita de l'obscurité pour se cacher contre un mur tout près de l'endroit où le valet devait nécessairement passer. Mais celui-ci ayant traversé ce lieu avec les autres domestiques, son maître n'osa pas tirer sur lui, de peur de blesser en même temps une autre personne. Il resta donc tranquille dans sa cachette; et là, ayant ouvert un judas qui donnait sur la salle à manger où les domestiques étaient en ce moment rassemblés pour leur repas, il se mit à genou dans une position, a-t-il dit lui-même plus tard, à être sûr de son coup, à ne pouvoir atteindre une autre personne et à ne pas être aperçu; il visa juste et atteignit mortellement le valet. Après ce crime, il alla assommer avec un marteau ses deux enfants qui reposaient dans une chambre voisine; il a déclaré que, devant périr sur l'échafaud, il lui avait paru préférable de les tuer que de les voir exposés à la séduction de ce monde, et surtout à celle de son voisin. Il alla lui-même se rendre prisonnier; mais la justice ayant reconnu sans peine son état d'aliénation mentale, on le plaça dans un établissement où il mourut dans l'année, offrant tous les caractères de la démence.

6° J'ai vu à Bicêtre un aliéné qui, pour des motifs imaginaires, avait voué la plus grande haine à la famille de sa femme. Il sut un jour que cette famille, avec laquelle il n'avait plus depuis longtemps la moindre relation, devait aller faire en voiture une partie de plaisir dans les environs de Paris; il loua une voiture, il se déguisa en cocher pour ne pas être reconnu, et il alla se poster tout près de la maison de ses parents, pour être choisi de

préférence à tout autre. Son stratagème réussit. On loua sa voiture, et tous les membres de cette famille s'y logèrent, sans se douter qu'ils eussent affaire à un fou. Ils les conduisit vers le lieu où ils voulaient aller ; mais, arrivé tout près de la Seine, il dirigea sa voiture sur le fleuve et chercha à la précipiter dans l'eau. Personne ne prit mal ; on reconnut alors le cocher, on le saisit, et, convaincu d'aliénation mentale, il fut transféré à l'hospice de Bicêtre. Le délire partiel dont il était affecté ne tarda pas à devenir général ; il se fit bientôt remarquer par l'incohérence et la volubilité de ses paroles. Je l'ai laissé à peu près incurable dans cet hospice ; on m'a dit plus tard qu'il y avait succombé.

7°. Un ouvrier de Paris donnait, depuis dix à onze mois, des signes de folie. Sa femme se proposait de le placer dans un établissement d'aliénés, lorsqu'arriva l'événement suivant. Ce malheureux, tourmenté par des chagrins imaginaires et persuadé qu'il était en butte à toutes sortes de persécutions, se procure un morceau de fer et se propose de s'en servir contre un de ses prétendus ennemis. Il sortait toujours armé de cet instrument ; un jour il en frappe au ventre un monsieur qui passait à côté de lui et qu'il ne connaissait pas. *Ah ! c'est toi que je cherchais*, lui dit-il en le frappant. On le saisit, et, entre autres déclarations, il fait la suivante : « Tout le monde me poussait et se mo-
« quait de moi ; j'étais poursuivi par des gens malveillants ; j'a-
« vais aperçu dans l'ombre cinq ou six individus qui marchaient
« derrière moi, et qui disaient : *Il faut le tuer ! il faut le tuer !*
« Quand je sortais dans la rue, on ne cessait de tenir à mes
« oreilles des propos désagréables et blessants. Il fallait bien
« que je tuasse quelqu'un, mais pas plus ce monsieur qu'un
« autre. » Notons, comme point de similitude avec Moulinard, que sa santé physique était altérée, suivant lui. Ce malheureux ouvrier s'était singulièrement exagéré les maux qu'il éprouvait. Les docteurs Ferrus et Brierre de Boismont, appelés à apprécier l'état mental de cet homme, conclurent dans leur rapport :

1° Que l'inculpé était atteint d'un dérangement intellectuel depuis dix-huit mois; 2° que les premiers indices du mal avaient été le dégoût du travail, l'impossibilité de rester en place, une susceptibilité très grande; 3° que cet homme a eu plus tard comme idée fixe, qu'on lui disait des injures; 4° que ses hallucinations l'ont porté à commettre l'acte pour lequel il est inculpé; 5° que sa maladie mentale s'est aggravée, qu'il y a maintenant tendance à la démence (affaiblissement de toutes les facultés) et à une terminaison promptement funeste.... Il y eut arrêt de nou-lieu.

8. Un cocher de cabriolet de Paris forme le projet de tuer son médecin, le docteur Bleynie; il va l'attendre devant sa maison, le suit dans l'escalier, et lui décharge, sans le blesser, deux coups de pistolet. On le saisit aussitôt; et, avouant son crime, il n'exprime qu'un regret, celui d'avoir manqué son coup.

L'instruction constate les faits suivants: Il y a seize ans que cet homme est en proie à des idées hypochondriaques. Il croit avoir gagné une *fraîcheur* dans les intestins. Il va d'abord consulter le docteur Fievé; mais, après avoir suivi pendant plusieurs mois le traitement que ce médecin lui avait conseillé, il s' imagine que les remèdes qu'il prend lui font beaucoup de mal et se plaint vivement de ce médecin. « Je vais, dit-il, lui expliquer mon mal; mais il se met à rire, lui qui m'a mis hors d'état de travailler, de dormir. » Il s'adresse alors au docteur Bleynie qui lui conseille des bains chauds. Il en prend pendant quatre mois; il retourne ensuite chez lui pour se plaindre que son mal empire et que les bains chauds affaiblissent ses intestins. Ce médecin lui conseille des bains de rivière; il en prend, mais son mal augmente, l'eau froide *empire sa fraîcheur d'une manière abominable*. Dégoûté de ce médecin, il va consulter le docteur Bielt à l'hôpital Saint-Louis. On lui ordonne des bains de vapeur; il en prend plus de trois cents. Mais « il était trop tard, dit-il, je n'éprouve aucun soulagement; j'avais les intestins si resserrés que la transpiration ne pouvait se faire. »

M. Bielt lui conseille encore la tisane de coquelicot; il en prend pendant trois mois; mais bientôt il s'imagine que cette tisane lui occasionne une *maladie de plus*. Pour guérir cette prétendue maladie, il s'applique un vésicatoire sur le ventre; *il en sort un affreux mastic formé par cette affreuse tisane de coquelicot*. Il se pose successivement quarante vésicatoires; mais il finit par reconnaître que ces vésicatoires lui font plus de mal que de bien.

C'est alors, après l'essai, pendant de longues années, d'une foule de médications plus ou moins ridicules, que, désespérant de guérir, et convaincu que les remèdes ont aggravé sa position, il voue une haine profonde à tous les médecins qu'il avait consultés. On l'a entendu dire : « M. Fievé est un gueux, un scélérat, je le tuerai. » Dans un écrit trouvé chez lui, on lit ces phrases : « Pauvres malades, ne vous fiez jamais aux médecins, » ce sont des ignorants, des assassins, qui ont droit de tuer qui » bon leur semble; si vous allez leur dire qu'ils se sont trompés, » ils vous rient au nez et vous traitent de fou. Deux ans de ga- » lère ne seraient pas trop pour les punir. » Il fait des menaces à M. Bielt et à d'autres médecins qu'il avait autrefois consultés; mais sa haine surtout se concentre sur M. Bleyne. Il le rencontre un jour, et lui dit avec injures et menaces : *Voyez donc dans quel état vous n'avez mis avec vos maudits bains de rivière*. M. Bleyne le croit ivre et se contente d'inviter sa mère à surveiller son fils. Dans un de ses écrits, on trouve cette phrase : « C'est un coup du ciel que je ne suis pas mort de la main des » médecins; j'étais réservé pour découvrir leurs crimes et les » punir. » On a trouvé un poignard dans sa maison. Il déclare l'avoir acheté, il y a trois ans, pour tuer M. Bleyne; mais il ne s'est pas senti le courage de le tuer avec un couteau, il a pensé que des pistolets valaient mieux. Il y a eu en lui, pendant quelque temps, une grande hésitation sur ce qu'il devait faire; c'est six semaines avant la perpétration du crime projeté qu'il achète les pistolets. Il essaie les armes avant de s'en servir; les

balles qu'il avait ne lui paraissant pas convenables, il en fond de nouvelles, et ne se décide à agir que lorsqu'il se croit bien préparé à commettre cette bonne action, comme il l'appelle. Il n'a pas osé tirer sur M. Bleyne au moment où il descendait de voiture, de peur, dit-il, de blesser son domestique qui était à côté de lui ; c'est ce qui l'obligea à le suivre dans l'escalier.

Entre autres renseignements sur ses antécédents qu'il serait trop long de relater, je dois encore citer celui-ci comme offrant la plus grande analogie avec la folie de Moulinard : Le loueur de voitures chez lequel il travaillait déclare qu'il était laborieux, mais toujours triste, travaillant plusieurs jours assidûment, puis tout à coup se disant malade et disparaissant pendant trois semaines à un mois. Alors il gardait la chambre, il restait plusieurs jours sans sortir et ne parlait à personne.

Les médecins appelés à l'examiner établirent dans leur rapport, où ces divers faits se trouvent consignés, les conclusions suivantes : 1° Cet homme est atteint de cette espèce d'aliénation mentale qui est appelée *hypochondrie avec manie homicide*. Il n'a agi contre M. Bleyne qu'en obéissant à une impulsion d'un véritable délire partiel. 2° Cette affection remonte à une époque fort ancienne ; elle est devenue chronique, et elle résistera probablement à tous les moyens de traitement. 3° Il est à craindre que ce monomaniaque, qui a nourri pendant tant d'années des projets de meurtre, ne continue pendant le reste de sa vie à ressentir l'impulsion d'une folie homicide : on doit se tenir d'autant plus en garde contre les conséquences de cette aliénation, qu'elle n'exclut pas la faculté d'associer les idées et de simuler un retour à des sentiments de regret, pour mieux en insinuer aux personnes qui seraient appelées à lui donner des soins. 4° On ne saurait prendre trop de précautions pour prémunir la société contre les dangers auxquels l'expose cette fatale monomanie ; il est nécessaire d'enfermer cet homme dans un hospice d'aliénés, avec cette condition que, sous aucun prétexte, il ne sera permis de le remettre en liberté.

Conformément à ce rapport, ce malheureux fut dégagé de toute poursuite criminelle par un arrêt de non-lieu. Je l'ai vu pendant mes études à l'hospice de Bicêtre; je l'ai interrogé maintes fois, et j'ai pu m'assurer que la folie de cet homme n'était pas douteuse, que les médecins qui l'avaient examiné avaient parfaitement apprécié son état mental. Je l'ai laissé dans cet hospice; il doit y être encore, à moins qu'il n'y soit mort.

J'ai voulu citer cette observation avec assez d'étendue, à cause des nombreux points de ressemblance qu'elle présente avec l'histoire de Moulinard. Comme lui, cet aliéné était en proie à des maux imaginaires; comme lui, il quittait souvent son travail, se disait malade et se plaignait de divers maux; comme lui, il prenait des remèdes, il allait consulter des médecins, et, sans se croire empoisonné, il finissait par être persuadé que les remèdes aggravaient son mal; comme lui, enfin, il avait voué une haine profonde à un médecin, et il avait juré de s'en venger. Ici cesse la ressemblance. Moulinard n'a pas mis son projet à exécution contre son médecin; l'aliéné que je cite, au contraire, a tiré deux coups de pistolet à son docteur. Mais probablement la même tentative aurait eu lieu et notre inculpé aurait fini par frapper son médecin, si le pauvre Matheron n'était pas devenu l'objet de ses préoccupations maladives. Je félicite M. Durand d'avoir échappé à ce danger. Je l'engage, quelle que soit son incrédulité sur ce point scientifique, de se méfier à l'avenir de ces sortes d'aliénés et de réclamer leur séquestration dès le début de la maladie. Le médecin peut souvent prévenir le mal en avertissant à temps l'autorité: c'est son devoir d'en agir ainsi; c'est le devoir de l'autorité de prendre promptement envers ces malheureux toutes les mesures nécessaires. Mais que de lenteurs, que de difficultés pour décider les maires des petites localités à réclamer ces sortes de séquestrations toujours onéreuses à leur commune!

Les divers faits que j'ai cités, et que j'aurais pu multiplier de beaucoup, prouvent de la manière la plus convaincante que la

préméditation n'exclut nullement la folie, non la folie générale où existe un trouble de toutes les facultés, et où par suite il y a privation absolue de toute espèce de calcul; mais la folie partielle, celle qui n'altère qu'une portion des facultés, et qui laisse intact, comme nous l'avons déjà dit plusieurs fois, le discernement sur tout ce qui est étranger à la préoccupation malade. L'accusé Moulinard se trouve dans le même cas que les aliénés homicides dont j'ai parlé; il n'y a donc pas lieu à s'étonner que, semblable sur plusieurs points à ces malheureux, il ait acheté son arme, il ait pris, en se rendant à la campagne, les précautions nécessaires pour n'être pas reconnu, et qu'il ait commis le meurtre dans un moment où il croyait ne pas avoir de témoin.

Personne ne doute aujourd'hui de l'état de folie de la plupart des malheureux qui se livrent au suicide. On trouve dans ce genre de délire les mêmes formes que dans la folie homicide. Il en est qui se tuent sans motif; c'est une force intérieure qui les pousse, qui les maîtrise à un tel point qu'ils sont obligés d'y obéir subitement, ou après une lutte plus ou moins longue. Il en est d'autres qui sont conduits à ce meurtre de soi-même par une conception délirante, une idée fixe, un malheur imaginaire, une hallucination, par un sujet quelconque, en un mot, qui leur impose ce sacrifice comme un devoir, ou qui les plonge dans un profond dégoût de la vie. J'ai vu un aliéné se tuer dans la persuasion qu'il ressusciterait presque aussitôt, et qu'il serait alors plus heureux. On voit beaucoup d'aliénés, poursuivis par des complots imaginaires, balancer longtemps entre le suicide et l'homicide. La circonstance la plus futile peut décider de leur détermination. Le caractère primitif de l'individu peut également exercer quelque influence sur sa décision; mais le plus ordinairement ces malheureux cherchent à se tuer lorsqu'ils sont dans l'incertitude sur la cause réelle de leurs tourments et de leurs maux imaginaires. On les voit, au contraire, résolus à tuer, comme nous l'avons dit ailleurs, lorsque, cherchant à remonter à l'origine de

leur souffrance, ils pensent avoir trouvé l'auteur de leurs malheurs. Eh bien, les lypémaniques qui se livrent au suicide se tuent souvent *avec préméditation*; ils méditent plus ou moins longtemps leurs projets; ils écrivent quelquefois préalablement des lettres bien rédigées et bien pensées; ils dissimulent avec une rare finesse l'intention qui les poursuit; ils préparent avec le plus grand discernement les moyens d'arriver à leur but, et ils prennent les précautions les plus minutieuses pour échapper à toute surveillance. Si l'on admet que dans ces cas il y a aliénation mentale, et je défie de ne pas regarder comme frappés de folie ceux que des mobiles de cette nature poussent au suicide, pourquoi refuserait-on à la folie homicide le même privilège, le même discernement dans les moyens d'exécution? Oui, le monomane agit assez souvent avec préméditation; c'est un fait acquis à la science: on ne peut donc pas dire que Moulinard n'est pas fou, par ce seul fait qu'il a projeté et préparé le meurtre plusieurs jours avant de le commettre.

Second chef d'accusation.

Est-il plus rationnel de repousser toute imputation de folie par cet autre fait, que l'on a vu l'accusé se conduire ordinairement avec logique et raison, jouer habilement aux cartes, choisir très bien les objets qu'il achetait, et chercher à spéculer sur la vente de son bien? Non. Ces circonstances, pas plus que la préméditation, n'excluent la folie; mais elles prouvent comme elle que la folie de l'inculpé était isolée, que ses facultés n'étaient pas toutes troublées, et qu'il restait à ce cerveau malade assez d'intelligence pour agir dans les relations habituelles de la vie comme un homme entièrement sain d'esprit. Nous pourrions citer un grand nombre d'exemples de folie homicide bien constatée, où toutes ces circonstances se sont présentées à un haut degré; les huit malades que nous avons cités se trouvaient tous plus ou moins dans le même cas.

Du reste, que ceux qui doutent de ce que j'avance prennent la peine d'aller visiter une maison d'aliénés : ils y verront, ainsi que nous l'avons dit dans notre rapport, une foule de fous qui exécutent des travaux d'adresse, qui jouent avec habileté à divers jeux, qui s'acquittent parfaitement des commissions dont on les charge, qui travaillent avec plus d'ardeur sous la promesse d'un salaire, qui calculent très bien, qui se conduisent, en un mot, en dehors de leur idée délirante, de manière à faire supposer qu'il n'existe pas en eux la moindre trace de folie. J'ai connu un aliéné qui faisait des vers délicieux. J'ai en ce moment un jeune homme dont la folie est de se croire représentant du peuple et possesseur d'une grande fortune ; il écrit parfois à sa famille et à ses amis des lettres si raisonnables et si bien rédigées, que l'on vient me demander de temps à autre si le moment de sa mise en liberté n'est pas bientôt arrivé. Un ancien aliéné de la maison, dont le délire est assez étendu, beaucoup moins isolé que dans la monomanie proprement dite, me sert souvent de copiste ; il débrouille avec intelligence des papiers presque inintelligibles, et s'acquitte à merveille de ce travail. Les preuves de ce genre abondent ; je n'en finirais pas pour citer seulement celles que mon hôpital renferme et qui se rencontrent journellement sous mes yeux. Ainsi ces divers arguments de l'acte d'accusation n'ont pas la valeur qu'on a bien voulu leur accorder ; ils s'appuient sur des faits réels, mais ces faits ont été mal interprétés ; ils n'ont pas la signification qu'on leur donne ; ils n'excluent, pas plus que la préméditation, la folie partielle, celle dont nous croyons Moulipard atteint.

Troisième chef d'accusation.

Faut-il s'étonner après cela que les témoins soient venus déclarer à l'unanimité qu'il n'était pas fou ? Non ; car les gens du monde ne peuvent se décider à regarder comme frappé de folie celui qui peut se livrer à quelques actions raisonnables : il n'y a de fous pour eux, est-il besoin de le dire encore une fois,

que celui qui déraisonne constamment, qui est en fureur, qui casse et brise, qui fait des extravagances de toute nature. Les faits viennent à l'appui de ce que j'avance ; nous trouverions, en compulsant les annales de la folie, une foule d'aliénés homicides qui, avant la perpétration du meurtre, n'avaient jamais été soupçonnés malades. L'ouvrier boulanger de Marseille que j'ai cité plus haut, et dont j'ai rapporté dans ce journal (1) l'histoire dans toute son étendue, se trouvait absolument dans ce cas : tous les témoins déclarèrent n'avoir jamais observé en lui le symptôme le plus léger de folie ; sa victime, qui était son meilleur ami, ne l'avait jamais certainement considéré comme fou. Cependant la monomanie n'était pas douteuse ; elle remontait à dix-huit mois environ, et elle parut si évidente que le jury acquitta l'inculpé à l'unanimité.

Du reste, ce n'est pas toujours parce qu'ils ignorent le caractère essentiel de ce genre de délire, que les témoins viennent déclarer qu'il n'y a pas de folie. Ils peuvent réellement n'avoir jamais observé le moindre dérangement, attendu que les monomanes savent dissimuler, comme nous avons dit, et prendre souvent les plus grandes précautions pour que leurs idées délirantes ne soient pas connues. L'accusation prétend que l'accusé n'a jamais parlé de Matheron ni prononcé des injures contre lui, pour ne pas être soupçonné du crime qu'il projetait contre sa personne. Cette supposition me paraît toute gratuite ; mais, en supposant prouvé ce genre de préméditation, je n'en conclus rien contre l'existence du délire monomaniaque. Je ne crois pas que ce calcul ait eu lieu ; c'est une supposition, je le répète, toute gratuite et dépourvue de la moindre preuve. Il ne portait pas à Matheron une haine invétérée, il lui voulait moins de mal qu'à un autre ; mais son idée est allée là, et c'est lui qu'il a tué. N'avons-nous pas dit ailleurs que le choix de la victime tombait le plus souvent sur un parent, sur un ami, sur

(1) Voy. t. XII, p. 38.

une personne contre laquelle existait quelquefois le moins de motifs d'animosité ?

Dans le cas qui nous occupe, il faut sans doute s'étonner de l'unanimité des témoins à venir déclarer que Moulinard n'a jamais été fou. Je m'explique difficilement cette déclaration, en face d'une multitude de faits qu'ils sont venus rapporter, et qui prouvent, à n'en pas douter, que leur affirmation sur ce point est entièrement erronée. Je ne reviendrai pas sur tout ce que la procédure nous a appris, ni sur les nouveaux faits qui se sont produits à l'audience ; mais, je le demande à tout homme un peu réfléchi, est-il possible de regarder comme jouissant de sa raison celui qui se livre à toutes les actions rapportées avec naïveté par ce bonhomme de paysan, s'efforçant, à chaque fait qu'il énonçait, de persuader à la justice que Moulinard n'était pas fou ? Le médecin, dont j'ai déjà parlé, quelque respectable qu'il soit, n'a pas montré dans sa déposition plus de perspicacité que les autres témoins ; il n'a pas paru se douter également de la valeur de quelques faits dont il a déposé, faits qui ont été vus et observés par lui. Ce médecin n'a jamais eu sans doute l'occasion de se former par la pratique une opinion sur ces étranges aberrations de l'esprit. Mais qu'il ouvre les livres de sa bibliothèque ; qu'il se donne la peine de feuilleter les pages où les plus grands maîtres ont consigné leurs doctrines sur la folie homicide ; qu'il veuille bien méditer quelques instants sur ces graves questions, et il verra combien il a erré en interprétant ces faits à sa manière, et non comme la science la plus ordinaire le lui commandait.

La déclaration si unanime des témoins sur la question de folie était si peu en harmonie avec les faits qu'ils rapportaient, que beaucoup d'auditeurs ont dû se demander si préalablement il n'y avait pas eu entre eux un accord, un parti pris, de venir tous déposer de manière à faire condamner Moulinard. Plusieurs personnes se sont posé cette question. Pour moi, je ne le pense pas ; j'ai supposé à tous les témoins le sentiment du

devoir. Mais ce que j'affirme, ce que j'ai pu constater, en causant de cette affaire avec le maire du pays et avec d'autres témoins, c'est que la crainte de voir revenir cet homme dans leur pays a dû exercer la plus grande influence sur leurs dépositions. Les habitants de la Cadière avaient horreur de cet homme depuis le meurtre auquel il s'était livré. Le maire me disait : *On le tuerait si jamais il paraissait dans le pays*. Je comprends cette horreur, elle est très légitime ; l'aliéné homicide m'inspire pour le moins autant de craintes et d'inquiétudes qu'à ces gens-là. Peut-être chercherais-je également à faire condamner le fou homicide s'il fallait le laisser en liberté, et s'il n'existait aucun moyen de préserver la société de ses violences. Je comprends, dis-je, cette horreur ; mais ce que je comprends en même temps, et ce que n'ont pas compris sans doute les témoins, c'est que l'humanité repousse aujourd'hui ces sortes de condamnations ; c'est qu'il existe des maisons d'aliénés pour recevoir ces malheureux ; c'est que dans ces cas l'autorité judiciaire a le pouvoir de maintenir ces séquestrations à perpétuité. Moulinard, reconnu fou, ne serait jamais plus retourné dans son pays ; il aurait été renfermé à tout jamais comme aliéné dangereux. La sécurité publique aurait été ainsi garantie, et l'humanité n'aurait pas eu à déplorer une nouvelle erreur judiciaire, qui a plongé un malheureux fou dans les fers, et qui a jeté une espèce de flétrissure sur la famille du condamné.

Quatrième chef d'accusation.

L'accusation, voulant tirer le meilleur parti possible de la déposition des témoins, soutient avec quelque fondement que l'opinion des personnes qui vivent journellement avec un homme doit être d'un grand poids pour la détermination de l'état de ses facultés. Cela est vrai en thèse générale, c'est-à-dire pour le plus grand nombre d'aliénés, pour tous ceux dont les actions et les paroles sont toujours plus ou moins empreintes d'un cachet de folie. Il est certain que dans ces cas les amis et les voisins, té-

moins journaliers des accès de l'individu, se trouvent dans d'excellentes conditions pour donner des renseignements précis sur son état mental. Mais, d'après ce que nous avons déjà dit, et d'après les faits que nous avons ailleurs rapportés, n'est-il pas suffisamment prouvé que les conditions d'appréciation sont toutes différentes pour la monomanie ? N'avons-nous pas dit déjà plusieurs fois qu'il y avait souvent dissimulation dans le délire partiel, que les actions habituelles de l'individu étaient d'ordinaire parfaitement sensées, que les amis et les voisins restaient souvent pendant longtemps dans l'ignorance la plus complète sur l'existence de cette singulière aberration de l'esprit ? Ainsi donc, si par *les personnes qui vivent journellement avec l'accusé*, on a voulu désigner les témoins qui ont été entendus, c'est-à-dire, les voisins, les amis et les gens qui ont travaillé ou qui ont eu des rapports avec lui, il ne faut pas en conclure qu'il n'a jamais été fou, bien que toutes les dépositions soient complètement négatives sur l'état de folie : il pourrait se faire que le délire dont il était atteint eût échappé, comme dans d'autres cas que nous avons cités, à l'attention des témoins. Mais, hâtons-nous de le dire encore une fois, cette supposition n'est pas applicable dans l'espèce ; il n'y a pas eu absence de preuve dans le fait de Moulinard ; le délire de cet homme n'était pas douteux, et il s'est traduit par des caractères trop caractéristiques pour que la déclaration des témoins puisse être considérée comme l'expression de la vérité. Je n'accuse pas leur mauvaise foi ; mais j'accuse le peu de sagacité qui les a portés à émettre une opinion contraire à la plupart des faits dont ils se sont faits les narrateurs.

Le principe posé dans l'acte d'accusation deviendrait beaucoup plus vrai pour le diagnostic de la monomanie, si, en parlant des personnes qui *vivent journellement* avec un individu, on veut désigner spécialement les personnes les plus intimes, les membres de la famille, par exemple. Ce sont eux, en effet, auxquels une pareille expression devrait exclusivement s'appli-

quer ; les parents seuls doivent être supposés vivre *intimement et journellement* entre eux. Il est certain que les dépositions de ce genre de témoins ont toujours une grande valeur ; car, quelque isolé que soit le délire, il est rare que le malade ne communique jamais ses peines, qu'il ne prononce pas quelques paroles compromettantes, qu'il ne se livre pas à quelque action significative, qu'il ne se conduise pas, en un mot, dans la vie intérieure de famille de manière à faire comprendre que sa raison est troublée. La valeur de ces témoignages n'est certainement pas absolue, puisque l'on a vu des membres d'une famille périr victimes de l'un de siens, sans se douter probablement d'avoir un fou dans la maison. Je ne récusé pas toutefois la compétence de ces sortes de témoins. Mais si c'est ainsi que l'a entendu le ministère public, s'il faut considérer comme infaillible l'opinion des personnes qui *vivaient journellement* avec l'accusé, qu'il me permette de lui faire observer qu'il n'a été nullement conséquent avec le principe invoqué à l'appui de son assertion. Je lui demanderai alors pourquoi ont été passés, pour ainsi dire, sous silence les renseignements pleins de vérité et de bonne foi fournis par les membres de sa famille, par ceux qui véritablement vivaient d'une manière intime avec cet homme ? On n'a pas tenu compte, pour ainsi dire, des dépositions de sa mère, de celles des frères et de la sœur ; on s'est méfié de la déclaration des parents vivant journellement avec l'accusé ; et l'on a accepté comme vraies les assertions émises par des témoins étrangers à la famille, n'ayant eu avec cet homme que des rapports plus ou moins éloignés, des relations de voisinage, de café ou de travail.

Il me semble que l'accusation aurait dû examiner avec maturité le témoignage des parents, vérifier la moralité de leurs dépositions, et rechercher si les faits énoncés par eux s'accordaient sur beaucoup de points avec ceux rapportés par les autres témoins. Dans une affaire où rien ne devait être négligé pour dissiper les doutes qui existaient sur la criminalité de l'acte,

n'eût-il pas été utile, est-il besoin de le rappeler une dernière fois, d'assigner aux débats, à simple titre de renseignements, la mère, les frères et la sœur, ceux qui, suivant l'acte d'accusation, sont les plus aptes à résoudre le difficile problème soumis à l'appréciation du jury ? Pour moi, qui ai étudié avec soin les dépositions des divers membres de la famille, j'ai foi en leurs déclarations, ainsi que je l'ai déjà dit ; je regarde surtout comme incontestables les faits que la mère a rapportés avec une sorte de candeur et de vérité. La présence des parents aux débats était indispensable dans un procès de cette nature ; c'est une mesure que la défense n'eût certainement pas négligée, si, avertie à temps, elle avait eu la faculté et les moyens de prendre, à l'égard de l'accusé, toutes les dispositions qui pouvaient favoriser la cause et jeter quelques lumières sur ce grave attentat. M. Muraire, avocat, désigné d'office la veille en quelque sorte des débats, ne pouvait prêter à la défense de ce procès que le talent immense dont il est doué, l'éloquence chaude, entraînante et persuasive qui lui a valu une réputation justement méritée.

Cinquième chef d'accusation.

Il est vrai, comme le dit l'accusation, que l'irritabilité de caractère n'exclut pas la conscience des actes, ni le calcul. Nous n'avons jamais dit le contraire ; notre rapport en fait foi. Mais une irritabilité de ce genre constitue pour le moins une prédisposition à la folie ; et quand ce phénomène psychologique se montre à tout propos, sans but, sans raison, il est un symptôme réel de déraugement d'esprit. On peut certainement considérer comme maladifs les emportements si communs de l'accusé, ceux entre autres envers sa mère à l'occasion des motifs les plus futiles. Pourtant nous n'avons pas essayé d'excuser les actions de l'inculpé, par ce simple fait, admis par tout le monde, que son caractère était très irritable, très emporté et très violent. Nous ne croyons pas que le meurtre ait été commis dans un mouve-

ment de colère, à la suite d'une vive altercation, au milieu d'un de ces emportements qui lui étaient si habituels. Cette excuse, que Moulinard eût pu donner s'il avait voulu se faire pardonner son meurtre, comme l'aurait fait sans doute un véritable criminel, il n'a pas même essayé de l'invoquer en sa faveur; il a déclaré seulement que Matheron était au nombre de ses ennemis. C'est là sa seule défense, son unique moyen de salut! N'est-ce pas encore là une preuve irrécusable de sa folie, avec l'ensemble des autres faits consignés dans la procédure ou produits dans les débats?

Sixième chef d'accusation.

L'accusation parle ensuite des mauvais antécédents de cet homme, et après avoir cherché à prouver qu'il vivait autrefois de rapines, que l'argent qu'il avait possédé n'avait jamais pu être le fruit de son travail, elle établit par induction, faute d'autres preuves, que l'inculpé a été poussé au meurtre par l'intention de voler sa victime. Je ne veux pas ici me faire le défenseur de la vie antérieure de Moulinard. J'avoue que quelque mystère a pu exister autrefois sur sa manière de vivre. Mais qu'y a-t-il de certain en tout cela? A-t-il jamais subi une condamnation? Ces accusations de vol et de mauvaise conduite ne sont-elles pas, les unes exagérées, les autres dénuées de fondement, puisque la justice n'y a jamais donné suite, n'ayant jamais trouvé une preuve matérielle des faits qui lui étaient reprochés? Du reste, ces accusations seraient-elles prouvées, qu'il ne faudrait pas conclure qu'il n'a pu devenir fou plus ou moins longtemps après, et commettre alors une action sans conscience et sans responsabilité. J'ai vu arriver assez souvent, dans l'établissement dont je dirige le service médical, des aliénés dont la moralité, antérieurement à leur maladie, avait été à raison suspectée, des aliénés qui avaient même subi autrefois une ou plusieurs condamnations.

Voici un fait très remarquable que je trouve dans un excellent mémoire du docteur Bottex sur la médecine légale des aliénés. Ce fait est doublement remarquable, en premier lieu, parce qu'il prouve que la folie homicide peut éclater chez des individus dont la vie antérieure a été déplorable sous beaucoup de rapports (il nous serait facile de démontrer que ces organisations vicieuses constituent au contraire une condition favorable au développement de cette maladie); en second lieu, parce qu'il y a eu erreur judiciaire, mauvaise appréciation du moral de l'inculpé et condamnation injuste. Le condamné ne tarda pas à être envoyé dans une maison d'aliénés comme atteint d'aliénation mentale.

Le nommé Charles Gaspard de B..., âgé de vingt-sept ans, natif d'Aix, fils d'un ancien émigré, avait montré fort jeune encore une grande indocilité et peu de dispositions pour l'étude. Son éducation avait été fort négligée; à l'âge de quatorze ans, il quittait souvent la maison paternelle, s'absentait quelquefois pendant cinq ou six jours, et ne rentrait que lorsqu'il n'avait plus d'argent. A seize ans, il partit pour Paris, où il fut arrêté comme vagabond et condamné à quelques mois de prison. A dix-huit ans, il s'engagea dans un régiment de ligne et fut condamné à cinq ans de fer pour insubordination; après quinze mois il fut gracié. En sortant de prison, il se rendit à Valence, et de là à Tain, où étant entré dans une auberge, il donna sept coups de poinçon au nommé Gilibert qui dînait seul à une table; et cela sans aucune provocation, sans aucun motif de haine ou de vengeance, puisqu'il ne connaissait pas cet individu. Condamné aux travaux forcés à perpétuité, par la cour d'assises de la Drôme, sa peine fut commuée en une détention perpétuelle. Il fut envoyé à Embrun. Plus tard, ayant été reconnu aliéné, il fut dirigé sur l'hospice de Saint-Robert, et enfin sur l'Antiquaille, hospice d'aliénés de Lyon, où M. Bottex a eu l'occasion de le voir. « Cet homme, dit ce médecin, doué d'un physique agréable,

« d'une figure fort régulière, à des manières distinguées, et
 « s'exprime assez bien ; il répond avec précision aux questions
 « qui lui sont adressées, mais presque toujours par monosyllabes,
 « Lorsqu'on lui a demandé ce qui avait pu le porter à vouloir
 « tuer un homme qu'il ne connaissait pas, il a répondu que
 « c'était pour obéir à un ange qui lui donnait des ordres auxquels
 « il était obligé de se soumettre ; que telle était sa destinée, que
 « beaucoup d'autres personnes étaient comme lui. Il ne dérai-
 « sonne que lorsqu'il parle de cet ange dont la voix mystérieuse
 « lui signifie ses ordres en lui faisant fléchir les genoux. Il a
 « remarqué que cette voix lui parle moins souvent lorsqu'il suit
 « un régime maigre, c'est-à-dire qu'alors ses hallucinations sont
 « moins fréquentes. »

Quelle que soit donc la vérité sur les antécédents de Moulinard, que ses antécédents soient mauvais ou favorables, je ne peux admettre, par induction, cette intention de vol que lui prête l'acte d'accusation. Comment supposer, en effet, cette intention à l'accusé, venant assassiner en plein jour un homme qui se trouvait momentanément à la campagne, qui ne pouvait avoir aucun argent sur lui, ni dans son modeste *bastidon* qu'il n'habitait pas ? On a prétendu encore, comme nous l'avons vu ailleurs, que l'accusé, après avoir assassiné Matheron, se serait porté la nuit suivante, s'il n'avait pas été découvert, dans la maison d'habitation de sa victime, et y aurait volé l'argent qui pouvait s'y trouver. Cette supposition, je l'ai déjà dit, me paraît absurde ; car, en prêtant à l'accusé l'intention de voler, il faut au moins lui accorder quelque perspicacité. N'en aurait-il pas manqué complètement s'il avait renvoyé l'exécution de son projet de vol à huit ou dix heures après la perpétration du meurtre, alors que l'alarme serait dans la famille et dans le village, alors que la police du pays serait déjà infailliblement à la recherche de l'auteur de l'assassinat ? C'est trop absurde pour discuter plus longtemps ce grief d'accusation ; hâtons-nous de dire que le ministère public l'a abandonné complètement, la procédure

et les débats n'ayant pu fournir la moindre preuve à l'appui de cette singulière supposition.

Septième chef d'accusation.

On a supposé ensuite que l'accusé était coupable et non aliéné, parce qu'il a pris la fuite après la perpétration du meurtre, parce qu'il est allé se cacher dans une cuve et qu'il n'est sorti de sa cachette que lorsqu'il a été découvert. Beaucoup d'aliénés homicides, il est vrai, n'agissent pas ainsi ; ils ne prennent pas la fuite, ils se vanteut, au contraire, de leurs actions, s'avouent tout de suite coupables et vont souvent se rendre d'eux-mêmes à la justice. Mais il en est aussi que l'instinct de conservation domine jusqu'au bout, et qui cherchent tout d'abord à échapper aux poursuites. Cet instinct, avons-nous dit plus bas, est le mobile qui pousse ordinairement l'aliéné au meurtre ; c'est encore cet instinct qui lui commande quelquefois, après la perpétration du crime, la fuite et les précautions nécessaires pour échapper à la justice. Comment distinguer alors, me dira-t-on, le criminel de l'aliéné ? Le criminel ne néglige jamais ces précautions en commettant son crime ; il est préoccupé par-dessus tout de l'idée de ne pas être découvert ; il calcule dans cette vue le moment le plus favorable, et, sans réussir toujours, il use d'une foule de moyens propres à faire errer la justice et à détourner l'attention de sa personne. Ainsi, il jette d'abord son arme et la cache dans un lieu plus ou moins sûr ; il se lave les mains et enlève les taches de sang de ses habits ; il cherche, en un mot, à effacer le mieux possible les traces matérielles du crime. S'il est pris, il nie tout, il invoque mille preuves en sa faveur ; il n'avoue son crime, ainsi que nous l'avons dit ailleurs, que lorsque l'accusation devient accablante, encore fait-il même en ce moment des réticences et cherche-t-il à atténuer par diverses excuses la gravité de son forfait. C'est ainsi qu'agit d'ordinaire le véritable criminel.

L'aliéné homicide, poussé par le penchant qui le domine, n'a d'autre but que d'assouvir sa rage imaginaire, et pour arriver à ses fins, il ne néglige aucun moyen de réussite. Mais là s'arrête sa préméditation. Il n'a aucune préoccupation de ce qui pourra lui arriver plus tard ; l'idée du meurtre l'absorbe exclusivement ; il ne s'occupe jamais de la punition qui l'attend. Aussi, chez lui, la détermination de la fuite est toute spontanée ; elle arrive sans calcul ni réflexion ; c'est le dernier cri de l'instinct de conservation qui lui ordonne de s'enfuir. On ne trouve jamais, dans sa fuite et dans les précautions qu'il prend pour cacher son forfait, cette ruse, ce calcul, cette combinaison habile de moyens qu'emploie en pareil cas le véritable criminel. Un homme habitué au crime serait-il revenu le soir dans sa maison, puisqu'il avait été reconnu, poursuivi, et que l'alarme était déjà dans tout le pays ? De retour chez lui se serait-il caché dans une cuve ? aurait-il gardé à côté de lui l'instrument du meurtre encore tout ensanglanté ? Après avoir été découvert se serait-il enfin avoué tout de suite l'auteur de ce terrible assassinat ? C'est ainsi qu'a agi Moulinard ; avouons qu'il s'est conduit en tout cela comme un fou et non comme un criminel.

Il arrive cependant, dans quelques cas, que le trouble s'empare du coupable après la perpétration du meurtre, soit par un sentiment de remords qui agite instantanément toute son âme, soit par la vue du sang ou par les cris de la victime qui jettent l'épouvante dans son cœur. Il oublie alors les précautions qu'il a préméditées ; il ne sait plus ce qu'il fait, il s'enfuit ou se cache au hasard, sans calcul ni réflexion. Ce sont ces cas probablement que M. le président des assises a eus en vue, en soutenant dans les débats, contrairement à mon opinion, que les criminels agissaient souvent avec la plus grande inconséquence dans l'emploi des moyens propres à échapper aux investigations de la justice. Je persiste à croire que ces cas constituent de rares exceptions, et, quelle que soit la haute expérience de ce magistrat, je ne peux admettre avec lui qu'il y ait impossibilité, sous ce rap-

port, de distinguer le criminel de l'inculpé. Les faits, du reste, viennent à l'appui de ma manière de voir : j'ai parcouru avec la plus grande attention plusieurs volumes de la *Gazette des tribunaux* ; j'ai examiné scrupuleusement une foule de procès criminels ; je n'ai pas rencontré un seul cas où l'on ait remarqué cette inconséquence signalée par M. Marquenzi, un seul cas où le criminel ait pu être confondu, sous ce point de vue, avec un aliéné homicide. Je ne nie pas qu'il en puisse être ainsi quelquefois ; mais je soutiens que c'est exceptionnellement, et, si mon assertion ne suffisait pas, je pourrais fournir à l'appui une statistique détaillée des nombreux faits que j'ai rencontrés dans le recueil officiel des *Annales criminelles*.

Huitième chef d'accusation.

Après le développement que nous venons de donner à la réfutation des divers chefs d'accusation, est-il besoin de discuter cette dernière et singulière assertion que renferme cette pièce judiciaire, à savoir que l'avis des hommes de l'art ne s'harmonise point avec les documents de la procédure ? Je laisse à mes lecteurs le soin d'apprécier ce dernier argument de l'acte d'accusation, de décider si les trois médecins, appelés à examiner l'inculpé, se sont trompés, et s'ils ont tiré des inductions erronées des pièces qui ont été mises sous leurs yeux. Mes deux honorables confrères de Toulon ont mis près de trois mois à examiner l'inculpé ; je l'ai étudié moi-même pendant un temps aussi long, et j'ai exploré avec le soin le plus minutieux les documents de la procédure. Mon rapport est une œuvre consciencieuse, comme l'est certainement la déclaration des médecins qui m'avaient précédé dans cet examen. Je l'ai rédigé sans prévention, sans idées préconçues ; je n'avais d'autre but que de faire connaître la conviction que j'avais acquise de l'état mental de l'inculpé, d'autre intention que d'éclairer la justice et de faire triompher la vérité. Les faits que j'ai consultés ayant seuls

formé ma conviction, je me suis efforcé, dans la rédaction de cette pièce, de corroborer chaque assertion de preuves décisives, de ne tirer que des inductions naturelles, de ne prendre, en un mot, d'autres conclusions que celles qui paraissent dictées par la raison et la logique la plus serrée. Me suis-je trompé? Y a-t-il réellement contradiction entre les faits observés et les conclusions auxquelles je suis arrivé? L'acte d'accusation le croit; mais il ne dit pas en quoi la médecine se trouve en opposition avec les documents de la procédure. Je regrette que le ministère public de la cour d'appel n'ait pas été plus explicite sur ce point. Je crains bien que ceux qui examineront aujourd'hui cette affaire avec toute l'attention qu'elle mérite, n'arrivent à une conclusion toute opposée, à savoir que ce sont les magistrats, au contraire, qui n'ont pas su harmoniser leur opinion avec les documents de la procédure.

Voulant éviter de nouvelles répétitions, répétitions qui ont été pourtant quelquefois nécessaires pour dissiper les doutes et éclairer la discussion, je ne reviendrai pas sur les nombreux faits qui se sont produits à l'audience, sur les dépositions de plusieurs témoins; sur celle, entre autres, du médecin qui nous a appris que l'accusé avait refusé tout d'abord ses soins lorsqu'il s'était présenté pour le panser au moment de son arrestation, sur celle de ce bonhomme de paysan qui a énoncé tant de faits caractéristiques de l'état de folie; tout en affirmant que l'accusé n'a jamais été aliéné. Ces dépositions sont significatives par elles-mêmes; j'y renvoie le lecteur, persuadé qu'il saura tout seul les apprécier à leur juste valeur et en tirer les conclusions naturelles qui en découlent.

L'interrogatoire de l'accusé devant la cour d'assises est tellement significatif, qu'il doit suffire en quelque sorte de le rappeler. En effet, l'attitude qu'il a gardée dans les débats, l'impassibilité de sa physionomie, ses moyens de défense, ses réponses à M. le

président, ne sont-ce pas des preuves très caractéristiques de son état de folie ? Pourquoi a-t-il porté tant de coups de couteau ? C'est que sa victime donnait encore signe de vie. Pourquoi regrette-t-il de l'avoir tué ? C'est que sa détention est dure, et que l'on mange moins bien en prison que chez soi. Avais-je tort de dire dans mon rapport que l'accusé était beaucoup moins préoccupé de son forfait et de la peine capitale qu'il pouvait encourir, que de la satisfaction de ses besoins instinctifs ? Je soutiens que ce n'est pas ainsi que se défendent devant les tribunaux les criminels qui veulent simuler la folie, qui cherchent à atténuer la gravité du crime ou qui essayent d'attendrir leurs juges par des sentiments de repentir.

Après les détails dans lesquels je suis entré sur la préméditation dans l'état de folie, je ne crois pas devoir revenir également sur le soin qu'a mis M. le président des assises à faire constater par les témoins toutes les particularités qui pouvaient établir qu'il y avait eu ruse, calcul et réflexion dans les préparatifs d'exécution du meurtre. Nous savons maintenant que la préméditation n'exclut pas la folie ; nous savons que ces diverses particularités, lors même qu'elles seraient bien établies, ne prouveraient en rien la culpabilité de Moulinard. Les magistrats, appelés à se prononcer sur la question, ont le tort généralement de ne pas étudier l'ensemble des actes de la vie de l'individu, de se borner, au contraire, à la constatation de quelques faits isolés pour assurer leur opinion. Ainsi, pour eux, il n'y a pas de folie dès que l'accusé est susceptible de se livrer à une ou plusieurs actions raisonnables ; dès qu'il parle, raisonne ou agit sur plusieurs points, comme la plupart des autres hommes. Nous avons dit ailleurs ce qu'il fallait penser de cette singulière manière d'apprécier le moral des aliénés atteints d'un délire partiel. Ajoutons qu'un médecin légiste ne déduit jamais son jugement que de l'ensemble de tous les faits, et qu'il étudie avec soin les antécédents de l'individu, les causes qui paraissent avoir troublé son moral, la nature des symptômes qui se présentent, toutes

les particularités psychologiques et matérielles qui peuvent servir à la solution du problème. C'est ce que j'ai fait pour Moulinard ; c'est, sans doute, pour avoir négligé ces divers éléments assurés de diagnostic, pour s'être bornés à l'appréciation de quelques faits isolés, que quelques magistrats et les jurés sont arrivés à formuler un avis différent du mien, contraire, suivant moi, à la vérité, contraire, je l'espère, à l'opinion que se formeront tous les hommes de science à la lecture de ce mémoire justificatif.

Je ne dirai plus rien aussi du réquisitoire du ministère public, que tout l'auditoire a considéré comme favorable à l'accusé. Cependant, dans ce réquisitoire si parfait et si complet, je regrette une chose, c'est l'insistance qu'a mise ce magistrat à faire comprendre au jury qu'il n'y avait pas nécessité, pour condamner, de connaître le mobile, la cause de l'assassinat. « Le meurtre est patent, a-t-il dit, il n'y a pas le moindre » doute sur son auteur ; vous pouvez condamner Moulinard, » bien que vous ne sachiez pas la raison qui l'a fait agir. » Je ne connais pas ce que dit sur ce point la jurisprudence criminelle ; ce que je sais cependant, c'est que la justice recherche toujours avec soin les motifs de l'assassinat ; c'est que l'action de tuer ne constitue pas le crime ; c'est que la cause seule qui a poussé au meurtre établit la criminalité de l'individu. Une machine n'est pas coupable de broyer un homme qui tombe dans ses rouages ; une mort occasionnée par imprudence n'est pas un crime ; un hydrophobe qui se jetterait sur vous pour vous mordre ne serait jamais passible des tribunaux. M. Autran sait tout cela aussi bien que nous ; c'est pourquoi je m'étonne et je regrette, comme je l'ai déjà dit, qu'il ait tant insisté sur ce point, qu'il n'ait pas cherché, au contraire, avec l'excellent esprit qui le caractérise, à invoquer cette absence de tout motif appréciable de toute criminalité, comme une preuve incontestable de folie, lorsque déjà tant de faits établissaient l'existence de ce dérangement intellectuel.

Si ces derniers faits n'avaient pas existé, si aucun indice de folie n'était résulté de l'instruction ou des débats du procès, je comprends que la justice eût réclamé la condamnation de l'inculpé. On aurait dû supposer naturellement qu'il avait intérêt à cacher le motif qui l'avait fait agir, et que plus tard il se déciderait à faire connaître toute la vérité sur ce point. Mais Moulinard était-il dans ce cas? N'y avait-il pas à son égard surabondance de preuves pour établir l'état de folie? Cette absence de tout motif de criminalité ne plaiderait-elle pas alors en sa faveur? Ne constituait-elle pas alors plus qu'une probabilité, c'est-à-dire une certitude complète sur la situation malade du cerveau de ce malheureux?

Je ne discuterai pas la décision du jury, la condamnation qui a frappé Moulinard. Je n'ai pas à pénétrer dans la conscience de MM. les jurés, ni à examiner les motifs qui ont amené leur conviction. Je respecte leur verdict comme émanant d'hommes consciencieux. Mais l'homme est faillible; je crois que leur appréciation a été erronée; je suis certain qu'ils ont condamné un fou au lieu d'un criminel. L'avenir le prouvera, si jamais le gouvernement ordonne une enquête sur la situation mentale de ce condamné.

Toutefois, sans chercher à interpréter cette décision judiciaire, il semble que les circonstances atténuantes, admises en faveur de l'inculpé, établissent implicitement que quelque doute devait exister dans l'esprit des jurés; car, en le rendant responsable de ce meurtre, en écartant de lui toute imputation de folie, il fallait le condamner à toute rigueur, puisque la préméditation était bien évidente, puisqu'il n'existait aucune circonstance capable d'expliquer le meurtre et d'en diminuer la gravité. On a pensé généralement que les jurés avaient reculé devant une condamnation à mort, en face de l'incertitude dans laquelle ils se sont trouvés, sur l'intégrité complète des facultés de Moulinard. Si cela était, leur décision serait pleine d'humani-

nité : mais elle ne serait pas conforme à la justice, car le doute commandé l'absolution la plus complète : c'est un bénéfice qu'on ne refuse jamais à l'accusé.

Plusieurs personnes présentes à l'audience ont expliqué cette condamnation, par l'horreur qu'a éprouvée le jury de ce terrible assassinat, par la crainte qu'il a eue de voir renouveler des attentats de cette nature, si cet homme venait jamais à recouvrer la liberté. Il est possible, en effet, que cette idée ait exercé quelque influence sur la décision de MM. les jurés, comme elle a pu en exercer sur les dépositions des témoins. Je comprends cette crainte, j'en suis d'avis qu'il faut préserver la société de ces graves dangers. Je me suis déjà expliqué plusieurs fois sur ce point. Mais n'y a-t-il pas possibilité aujourd'hui de concilier les intérêts de l'humanité et ceux de la sécurité publique ? Oui, certainement ; nous avons dit ailleurs que l'on pouvait satisfaire également à ces deux grands intérêts, en plaçant à tout jamais dans un asile l'aliéné homicide absous par les tribunaux. On lui évite ainsi la flétrissure d'une condamnation et on le met dans l'impuissance de nuire à la société.

Il est vrai que la loi de 1838 ne prévoit pas ce cas de séquestration perpétuelle ; elle dit explicitement que tout aliéné cessera d'être maintenu dans un asile, dès que le médecin aura déclaré qu'il y a guérison. J'ai signalé dans un autre écrit cette lacune législative. Toutefois, je ne pense pas, aujourd'hui que tous les médecins aliénistes se sont occupés de cette grave question, qu'il en existe un seul en France qui voulût prendre sur lui la responsabilité de la mise en liberté d'un monomane homicide. J'ai dit ailleurs : « Le médecin légiste remplit un grand devoir » d'humanité, en préservant le monomane de l'infamie, en le » sauvant de la main du bourreau ; mais le médecin d'aliénés » méconnaîtrait les droits sacrés de la société, en exposant de » nouveau celle-ci à ses attaques par une sortie intempestive. » Tout aliéné homicide, je le dis une dernière fois, doit être

« renfermé à tout jamais dans une maison d'aliénés. » Du reste, si l'on trouvait un médecin assez imprudent pour se fier à une apparence de guérison, pour réclamer la sortie d'un aliéné aussi dangereux, il serait du devoir de l'administration, appelée à statuer souverainement sur la déclaration du médecin, de s'opposer à la mise en liberté. Je considère Moulinard comme un homme dangereux ; je demandais qu'il fût acquitté, parce qu'il est réellement aliéné, parce que le meurtre dont il s'est rendu coupable a été l'œuvre d'un fou et non d'un criminel ; mais, ainsi que je le disais dans mon rapport, j'aurais voulu qu'il fût à tout jamais privé de sa liberté et renfermé pour sa vie dans un établissement d'aliénés ; je l'aurais voulu, en définitive, prisonnier comme malade et non comme condamné, détenu dans un hôpital et non dans un bagne au milieu des plus grands scélérats. Dans le cas d'acquittement, le ministère public n'eût pas manqué de prendre immédiatement des conclusions dans ce sens, et la cour eût ordonné le placement de ce malheureux dans un asile départemental.

Aujourd'hui tout est consommé ; la loi l'a reconnu coupable ; la flétrissure l'a atteint, et la chaîne du condamné est attachée à son pied. Il a dû être envoyé au bagne de Toulon. Que fait-il dans le bagne ? Se conduit-il comme un homme raisonnable ? Travaille-t-il ? Y a-t-il amélioration dans son état ? Les symptômes de son aliénation mentale persistent-ils ? Sont-ils devenus plus prononcés et plus caractéristiques ? Je n'ai plus en aucune nouvelle de ce malheureux ; j'ignore ce qu'il fait, ce qu'il est devenu (1) ; je n'ai voulu prendre aucun renseignement sur son

(1) Quelques jours après la condamnation de l'accusé, M. Muraire, son défenseur, m'écrivait une lettre dont je crois pouvoir extraire ce passage sans indiscretion : « La décision qui a été rendue n'a pas été, à ce qu'il paraît, l'expression du vœu de l'unanimité du jury. Un docteur en médecine de Saint-Tropez, qui en faisait partie, M. Corribert, homme fort distingué, a plaidé dans la chambre des délibérations la

compte avant d'avoir livré ce mémoire à la publicité. Mais je suis si convaincu qu'il y a eu erreur judiciaire ; je suis si pénétré de l'existence de la folie que j'ai admise, que j'ai la certitude que tôt ou tard l'avenir me donnera raison. La monomanie de cet homme pourra éprouver des alternatives de bien et de mal, subir quelque amélioration, rester quelque temps ignorée ; mais à moins d'une guérison spontanée, que je ne prévois pas, un jour arrivera où elle se montrera à tous les yeux, où l'administration sera peut-être forcée de séparer ce condamné des autres forçats, et de demander sa réclusion dans une maison d'aliénés. Ce sera pour lui alors le jour de la justice ! Ce sera tard malheureusement, quelque rapproché que puisse être ce moment ; ce sera tard, dis-je, car la condamnation persistera, et la flétrissure d'ancien forçat sera toujours empreinte sur son front !

Il me reste, en terminant, à former un vœu rempli d'humanité, c'est que l'administration supérieure ordonne un jour une nouvelle enquête sur l'état mental de ce malheureux ; c'est qu'elle soumette l'individu à une nouvelle exploration médicale ; c'est qu'elle réclame au besoin une consultation médico-légale, et qu'elle fasse appel pour cela aux plus grandes célébrités de notre époque. Le droit de grâce appartient au gouvernement : ce serait le cas de l'exercer envers ce malheureux, et d'ordonner son placement dans un asile, si le résultat de l'enquête était conforme à l'opinion que je soutiens. Je serais heureux que mon mémoire pût éveiller l'attention du ministre de la justice,

« cause de ce malheureux qui était évidemment atteint, à ses yeux, » d'aliénation mentale. Je tiens ce fait de M. Bouyier, médecin des prisons de Draguignan, ami de M. Cornibert, qui, lui-même, en voyant » quelquefois *Moulinard* dans la prison, a acquis bientôt la conviction de » son aliénation mentale. » Ainsi, voilà deux médecins de plus, deux médecins consciencieux, sans prévention aucune, qui pensent que l'accusé était réellement aliéné.

et hâter le moment de l'épreuve que je réclame au nom de la justice et de l'humanité. Je me féliciterais toujours, dans ce cas, d'avoir entrepris ce travail; car, dévoué de cœur et d'âme à la cause des aliénés, j'aime à soulager le sort de ces infortunés, à réclamer leurs droits et à défendre leurs actions de toute assimilation avec le crime.

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, und Psychiatrisch-Gerichtliche Medizin,

VON DAMEROW FLEMMING UND ROLLER. 2^e et 3^e cahiers de 1847.

Nous sommes un peu en retard avec nos lecteurs pour l'analyse de cet intéressant recueil. Nous allons tâcher de remplir cette lacune autant qu'il est en nous.

Essence de l'aliénation mentale; par le docteur LEUPOLD.

Le deuxième cahier commence par un article dans lequel le docteur Leupold d'Erlangen examine quelle est, en général, l'essence de l'aliénation mentale. Les considérations qu'il présente à ce sujet démontrent d'une manière évidente que l'aliénation mentale est d'une nature mixte somatico-psychique, et offre des variétés nombreuses par suite de la prédominance plus ou moins marquée de l'un ou de l'autre de ces éléments.

Sur une altération de la rate et du sang chez un aliéné; par le docteur MECKEL.

Dans un second article, le docteur Meckel (Henry), de Halle, fait connaître une altération particulière de la rate et du sang qu'il a observée chez une malade qui a succombé après une folie intermittente de vingt-quatre ans, ayant tous les symptômes d'une hydropisie compliquée de tympanite. Cette altération, qui n'a aucun rapport avec la pathogénie primitive de l'aliénation, est telle, que nous la rencontrons souvent lorsque, comme dans le cas dont il est ici question, la malade est arrivée au dernier degré de la démençe et du marasme. Les considérations que l'auteur présente à ce sujet se rattachent, du reste, à une théorie particulière des fonc-

tions de la rate, dont nous ne saurions pour le moment apprécier toute l'exactitude.

Sur l'admission des sœurs dans le service des aliénés; par le docteur DAMEROW.

Le docteur Damerow, l'un des rédacteurs principaux de ce recueil, examine, dans un article extrait de ses papiers, en 1844, la question déjà controversée ailleurs de l'intervention des sœurs de charité dans le service des aliénés, et il conclut à ce que cette intervention, présentant plus d'inconvénients que d'avantages, doit être écartée avec le plus grand soin si l'on veut avoir un service sérieusement et sincèrement médical. Il établit d'abord que l'esprit des communautés religieuses ne s'accorde jamais avec l'autorité du médecin. Les sœurs de charité, quand elles ont pris position dans un asile, y constituent un état dans un état, subordonnent le service à leurs exigences particulières et n'entrent jamais franchement dans les idées du médecin en ce qui se rapporte à la direction qu'il convient d'imprimer aux malades. Les sœurs, il est vrai, ont pour elles d'anciens préjugés que semblent justifier quelques circonstances qu'il importe cependant d'apprécier à leur juste valeur. A certaines époques où les établissements d'aliénés se sont trouvés presque abandonnés dans quelques lieux, les sœurs sont promptement parvenues à établir dans ces maisons un ordre matériel apparent qui a excité l'admiration enthousiaste de ceux qui n'ont pas l'habitude d'examiner une organisation dans tous ses détails. Les sœurs possèdent d'ailleurs, à un haut degré, le privilège d'en imposer par une adresse qui dissimule habilement leurs défauts et leur faiblesse. Il est vraiment curieux de voir avec quelle facilité on attribue un haut mérite intellectuel à celles de ces dames, qui possèdent le moins cet élément essentiel d'une bonne direction. Ajoutons à cela une auréole de vertus angéliques dont les entourent leur costume et les mystères de leur règle, et l'on aura le secret de cette réputation que le vulgaire leur fait sans y réfléchir; mais pour peu qu'on entre dans le fond des choses, on remarque d'abord que ces perfections infinies ont des limites fort restreintes, que tout est stationnaire, que rien n'est bon à la surface et que ces dames ne conservent ce vernis d'abnégation, de charité et d'habileté, qu'autant qu'elles sont entièrement indépendantes et ne subissent aucun contrôle. La forme qu'elles donnent à leur organisation est une, elle ne peut subir aucune modification et elle exclut, par conséquent, tout progrès. Aussi, quand une organisation ré-

gulière vient se substituer à ce ménage privé, la coopération des sœurs devient négative, on reconnaît les conditions auxquelles s'attachait la prospérité matérielle de la maison, et l'on découvre que les malades n'ont pas été en général la première pensée de cette direction religieuse. Pour juger de ce qu'on peut être les sœurs au contact d'une autorité médicale sérieuse, le docteur Damerow en appelle à ce que sont ces dames quand, livrées à elles-mêmes, elles sont entièrement libres de suivre leurs inspirations; et il raconte à ce sujet ce qu'il a vu dans un grand établissement de l'est de la France avant sa réorganisation médicale et administrative. La sœur chargée de la surveillance d'un quartier d'hommes se faisait constamment accompagner d'un énorme chien qui était dressé à mordre les aliénés à certaine place dès qu'ils manifestaient une certaine turbulence. Le régime donné par les sœurs était insuffisant et peu hygiénique et, par des faveurs habilement calculées, elles savaient dissimuler avec art ce qui était défectueux dans les parties non apparentes de leur service. Si donc l'opinion publique leur est encore favorable parce qu'elle arrête son appréciation à la surface, les hommes compétents sont arrivés, par une expérience certaine, à reconnaître que les sœurs ne peuvent être employées au service des aliénés qu'avec les plus grands inconvénients, que le docteur Damerow énumère, à la suite des considérations précédentes, et dont nous allons donner une analyse succincte. Association religieuse avant tout, elle n'admet aucune autre autorité que l'autorité ecclésiastique; le service des aliénés, qui a d'autres exigences que les malades ordinaires, ne passe qu'après la multiplicité de leurs obligations spirituelles. Elles n'admettent ni observations ni reproches, et, dans tous les cas, elles ne suivent que leurs seules inspirations. Leur intervention dans le quartier des hommes, où elles ne peuvent être, du reste, d'aucune utilité réelle, est en outre tout à fait contraire à la morale, et c'est avec raison que l'ordonnance du 18 décembre 1839 exclut, en France, les femmes des soins à donner aux hommes. La présence, parmi les aliénés, des sœurs, quelquefois jeunes, est une cause permanente d'excitation sexuelle qui exalte l'imagination des malades et qui amène presque tous les jours les inconvénients les plus graves. C'est en vain qu'on veut considérer l'habit comme un préservatif; l'expérience démontre le contraire, les sœurs ne peuvent pas cesser d'être *filles*, et l'auteur cite à l'appui de son opinion celle de monseigneur Droste, de Vischering, archevêque de Cologne, qui, sans être aussi explicite, n'en indique pas moins que l'intervention des sœurs dans le service des aliénés présente quelques dangers

qu'il faut prévenir. C'est encore à l'intervention inintelligente dans le service des hommes que l'auteur attribue les progrès, dans certains asiles, de l'onanisme qui a tant d'influence pour hâter la marche de la démence. Avant d'être dévouées à une œuvre de charité, les sœurs constituent surtout une association religieuse, ayant sous ce rapport un point de vue particulier et faisant, avant tout, de la propagande aveugle, cherchant à convertir des malades qu'elles prennent pour des pécheurs plutôt que pour des aliénés; et si leur présence est nuisible quand il y a deux cultes dans un asile, elle n'est pas moins nuisible auprès des malades de leur religion qui sont atteints d'excitation religieuse. Avec leurs idées sur le salut de l'âme, il est de toute impossibilité d'entreprendre un traitement efficace sur les aliénés soumis à l'influence de ces dames. C'est encore à ce zèle aveugle de prosélytisme qu'il faut attribuer souvent ces faveurs, ces complaisances, qui bien souvent ne s'adressent qu'à l'esprit de parti, à l'hypocrisie. Enfin, l'auteur termine son article en faisant remarquer que l'esprit de l'époque est tout à fait contraire à l'organisation des communautés et à leur esprit de corps, qui est plus occupé à maintenir ou à se créer des privilèges qu'à perfectionner les services charitables dont elles veulent se charger.

Rapport sur le service des aliénés dans l'asile de Geseke; par le docteur SCHUPMANN.

Le docteur Schupmann indique dans l'article suivant le mouvement de population de l'asile de Geseke, du 14 octobre 1845 au même jour de l'année 1846. Cet établissement contenait 102 malades, 50 hommes et 52 femmes. Il y a eu 19 admissions, 12 femmes et 7 hommes. L'âge le plus avancé observé dans cette année a été de soixante et onze ans. Le nombre des épileptiques a été de 26, et a formé ainsi près du quart de la population. Il y avait parmi eux 15 hommes et 11 femmes. L'auteur rapporte l'observation d'une épileptique, âgée de trente ans, dont les accès étaient d'une remarquable intensité. Elle fut atteinte du choléra qui l'affaiblit beaucoup, mais qui se termina cependant par la guérison. A peine rétablie, elle s'agita, montra beaucoup de mobilité, accusa qu'elle sentait remuer quelque chose de vivant dans son ventre, et se pénétrant de plus en plus de cette idée fixe, finit enfin par prétendre qu'elle était enceinte. La moindre contradiction à ce sujet produisait un accès de fureur tel, qu'il fallait l'assujettir sur un fauteuil. On tenta plusieurs épreuves pour la tirer d'erreur, ou simula même un accouchement et l'on eut alors l'occasion d'observer une

excitation assez vive du côté des organes de la génération. Tout fut inutile, elle resta dans son erreur. Le sommeil l'avait quittée, l'agitation n'avait pas de trêve. On y opposa l'emploi de l'opium à haute dose, ainsi que du camphre et du nitre, et l'on finit enfin par obtenir graduellement un peu de repos, mais l'idée fixe restait toujours. Elle n'a disparu que par le retour des accès d'épilepsie qui, pendant cette aliénation mentale passagère, n'avaient pas reparu et étaient ainsi la cause de ce délire.

Suicide; par le docteur STOLZ.

Le docteur Stolz, de Hall en Tyrol, donne ensuite l'histoire d'une tentative de suicide, trois fois répétée et enfin consommée. Il s'agit d'un habitant d'une petite ville du Tyrol, dans l'existence duquel il ne s'était rien produit d'extraordinaire, qui jouissait d'une position honorable, et qui n'offrait à l'observation que deux particularités essentielles : une dose assez forte d'orgueil et une propension pour les boissons alcooliques, qui, restreinte d'abord, finit cependant par amener, au bout de plusieurs années, un *delirium tremens*. Ce délire toutefois avait été précédé par un changement assez marqué dans son humeur qui, peu auparavant, avait pris une teinte lypémanlaque. Guéri de ce premier accès, il reprit ses occupations ; mais il ne tarda pas cependant à retomber dans ses habitudes d'ivrognerie. Aussi sa famille crut-elle devoir exercer à son égard une surveillance active. Deux mois après son délire, il se précipita dans l'eau, quoique étant accompagné de son fils qui l'avait suivi à la campagne. Il avait mis dans l'accomplissement de son dessein une ruse qui en démontre la préméditation. Il avait bu plus d'eau-de-vie qu'à l'ordinaire, mais pas assez pour perdre entièrement la tête, et avait, sous prétexte de jouer, écarté son fils de l'endroit où il se trouvait. Enfin, et à mesure que son fils s'éloignait dans des accidents de terrain, il lui demandait s'il le voyait encore. Aussitôt dans l'eau, il fut secouru par son fils, qu'il entraîna dans le courant auquel celui-ci ne pouvait résister. Les secours furent assez prompts pour les sauver tous les deux, et quand le suicidé eut repris ses sens, on remarqua une certaine excitation. Il reconnut toutes les personnes qui l'entouraient, et l'on ne remarqua chez lui, ni la joie d'être sauvé, ni le regret de n'avoir pas réussi dans l'accomplissement de son projet. Toutefois il était irritable, critiquait avec aigreur tout ce qui se passait dans sa famille. Instruite de ce fait par la rumeur publique, l'autorité judiciaire du lieu délégua un médecin pour examiner si cette tentative de suicide devait être attribuée à un état d'aliénation mentale. La réponse

fut affirmative. Et à la suite d'une enquête judiciaire, qui fut faite aussitôt après, sa situation mentale fut appréciée conformément à ces conclusions. Confié à la garde de sa famille, il se montra d'abord fort tranquille, reprit des habitudes de sobriété et se livra à ses occupations ordinaires. Mais un mois s'était à peine écoulé, qu'il recommença à boire, et qu'une nuit il s'évada de nouveau de chez lui pour aller se noyer. Arrêté à temps avant de pouvoir mettre son projet complètement à exécution, il opposa une résistance assez vigoureuse. A la suite de ce fait, une demande en séquestration fut adressée à l'autorité ; mais on ne voulut voir encore qu'une faiblesse d'intelligence ; il raisonnait avec suite, et se bornait à dire que chacun était libre de faire de sa vie ce qu'il voulait. Un peu de calme succéda, et l'on accorda à notre malade une certaine liberté. Mais quatre mois après, il commença de nouveau à être inquiet, remuant, à moins travailler, à se sauver de chez lui, à critiquer amèrement tout ce que les siens faisaient, et finit enfin par s'abandonner de nouveau à la boisson. Arrivé là, sa violence ne connut plus de bornes ; il maltraita ses enfants et sa femme, et finit enfin par se précipiter encore une fois dans la rivière. Rappelé encore une fois à la vie, il fut attaché dans son domicile ; mais peu après, il trompa encore une fois la surveillance et finit enfin par réussir dans son sinistre projet. Les uns ont persisté à voir ici une perversité morale, d'autres un véritable état de folie, et si ce malheureux eût été placé dans un asile, il n'aurait pas satisfait son penchant maladif pour la boisson, dont le suicide a été évidemment la conséquence.

Observation sur l'incurabilité des aliénés ; par le docteur FOCKE.

Le docteur Focke, médecin en second de l'asile de Siegburg, examine jusqu'à quel point on peut décider l'incurabilité d'un aliéné, pour se conformer à la distinction qui a été établie dans certains lieux, entre les asiles proprement dits et les maisons de traitement. Les idées admises généralement en France reposent sur une séparation qui n'est que factice, et qui, toute de pronostic, reposerait à peine sur des probabilités dans le plus grand nombre des cas. Ce serait un abandon officiellement prononcé contre des infortunés qui ont besoin de soins intelligents. C'est jeter le désespoir dans leur âme, et nous ne voyons pas pourquoi l'on userait à l'égard des aliénés d'un procédé qui répugnerait vis-à-vis d'autres malades. Le médecin peut bien admettre, d'après son observation, qu'il existe peu de chances de guérison, mais il n'oserait jamais prendre un engagement formel à cet égard ; car l'on voit souvent la réalité démentir ces pronostics hasardés.

Dans le premier article du troisième cahier, le docteur Bergmann, directeur de l'établissement de Hildesheim, entre dans quelques considérations d'anatomie pathologique sur certaines altérations du cerveau chez les aliénés. Longtemps le spiritualisme pur a dominé dans l'étude et l'appréciation des maladies mentales, une réaction inverse s'observe maintenant dans certaines écoles et la théorie somatique compte aujourd'hui plus d'adeptes qu'autrefois. C'est à ce titre que les recherches, comme celles qui occupent le docteur Bergmann, offrent assez d'intérêt. L'auteur commence par établir en principe que tout délire chronique se rattache toujours à une anomalie organique qui n'est quelquefois qu'un trouble dynamique. Mais ce trouble lui-même amène avec le temps des altérations beaucoup plus graves qui constituent les divers degrés de gravité de la maladie. Mais quand il veut particulariser et localiser les affections, nous avouons que, outre que nous trouvons sa doctrine somatique trop exclusive, nous ne voyons pas comment il fonde telles ou telles aberrations psychiques sur telles ou telles altérations de la glande pinéale, des plexus choroïdes, de la lyre et des cornes postérieures pour lesquels il montre une prédilection toute particulière. Il n'est pas une des lésions qu'il signale qu'on n'ait observée dans le cerveau d'individus non aliénés, et l'opinion qu'il met en avant, sur les fonctions des diverses parties de ce viscère, est au moins hasardée dans l'espèce. Des lésions plus graves ont existé avec une intelligence complète, et combien de fois n'ouvrons-nous pas le cerveau des aliénés sans y rencontrer ces altérations problématiques. D'un autre côté, l'auteur oublie une remarque importante. Les aliénés ne sont pas plus que les autres hommes exempts d'affections accidentelles postérieures à l'invasion de la folie. Avant qu'on les séquestre, leur genre de vie n'est pas toujours conforme aux lois de l'hygiène, et c'est surtout quand la démence arrive que l'on voit se développer ces affections organiques qui mettent bientôt un terme à l'existence. Croit-on, par exemple, que les accès de fureur ne produisent pas dans le cerveau des congestions propres à produire les lésions que le docteur Bergmann considère comme cause de telle ou telle forme de délire. Cette exagération de la doctrine somatico-organico-cérébrale n'est point dans le vrai. Que l'organisme ait plus de part au développement de la démence, que les lésions organiques y soient plus fréquentes dans cette forme de la folie, qu'elles en accélèrent la marche et qu'elles abrègent l'existence, que par les sympathies nombreuses qui rattachent entre eux les divers appareils elles produisent dans l'économie des fonctions un trouble plus ou moins marqué, c'est ce que nous admettrons vo-

lonniers comme conforme à ce que l'expérience nous apprend chaque jour ; mais tout le reste est théorie pure, produite par l'imagination, confondant l'effet avec la cause. Quelque louables que soient ces efforts pour pénétrer ces mystères de la vie, nous ne pensons pas que rien jusqu'à présent puisse nous autoriser à la matérialiser aussi complètement et à nous livrer ainsi aux chances d'un fanatisme aussi désolant. Comment, la connaissance du bien et du mal ne dépendrait que d'une modification dans la vibration d'une fibre cérébrale ! Le penchant au vol se rattacherait à une faiblesse dans le système de la voûte qui ferait perdre la connaissance du bien et du tien ! Évidemment c'est pousser un peu loin le désir de localiser et d'expliquer par des raisons inintelligibles ce qui souvent nous apparaît avec des conditions de causalité beaucoup plus claires. Quelque influence que l'organisme puisse exercer sur notre idiosyncrasie psychique, nous croyons qu'il y a chez nous quelque chose de plus noble que la vibration ou la dépression accidentelle de quelque fibre ou lamelle de la substance du cerveau. Le travail du docteur Bergmann décèle un observateur infatigable, mais il y a dans son exposition une obscurité qui tient plus à la nature de la théorie et des recherches qu'à l'écrivain lui-même, et nous ne pensons pas que ces recherches soient de nature à faire faire un progrès marqué à la physiologie psychologique du cerveau.

Parmi les symptômes que nous observons fréquemment dans le cours de l'aliénation mentale, il n'en est pas de plus affligeant pour le médecin que ce refus obstiné des aliments qui paraît être surtout propre à ceux qui sont atteints de lypémanie religieuse. Les lésions nombreuses et graves qui en résultent sollicitent, à juste titre, l'attention du praticien, et c'est par ce motif que nous croyons devoir donner assez d'étendue au compte rendu que nous allons faire du travail du docteur Carl Hergt, second médecin de l'établissement d'aliénés d'Illenaü, que notre confrère, le docteur Falret, a si bien fait connaître à nos lecteurs. Les remarques que contient cet article ont pour point de départ une observation dont nous allons exposer les traits principaux. La femme N..., née en 1805, et demeurant à la campagne, avait toujours joui dans sa jeunesse d'une excellente santé. Son intelligence avait été remarquée à l'école ; mais elle tenait de son père une certaine disposition à la superstition et au fanatisme religieux ; sa mère et sa sœur avaient éprouvé quelques atteintes d'aliénation mentale. Mariée en 1830, elle se montra d'abord très heureuse dans son ménage, eut successivement cinq couches heureuses et perdit trois de ses enfants. Pendant le cours de

sa sixième grossesse, elle manifesta sans cause connue des désirs érotiques excessifs. La couche fut heureuse, mais l'enfant mourut avant d'être sevré. Quoique n'ayant rien négligé pour lui, elle eut des scrupules à ce sujet; ses seins se gonflèrent, devinrent douloureux et son délire débuta par une antipathie prononcée contre son mari, auquel elle avait toujours porté une tendre affection. Extravagance religieuse, aspiration passionnée vers Dieu, son époux et seigneur. Céphalalgie, insomnie, constipation, toux fréquente; et cependant la menstruation n'avait pas cessé d'être régulière. Elle fut admise à Illenau, le 31 janvier 1843. Elle était arrivée alors à un amaigrissement extraordinaire, la face était pâle, la pointe du nez rouge, les paupières injectées, la pupille droite très dilatée, la langue pâle, amincie à la pointe, l'hypochondre gauche très tendu par des gaz. La peau était jaune et sèche. L'auscultation ne constatait aucune anomalie, soit dans les poumons, soit dans le cœur. La marche était incertaine, le regard était perçant et vitreux, la voix faible. Elle ne pouvait tenir en place, levait sans cesse les yeux au ciel, et la nuit ne se couchait pas dans son lit. Toute sa puissance psychique était absorbée par son aspiration vers Dieu, son époux et son maître, aspiration qui lui enlevait tout désir de boire et de manger. Elle entendait la voix de Dieu. Les selles étaient rares, ainsi que les urines. La bouche exhalait une mauvaise odeur; elle repoussait sans cesse les aliments et ne prenait quelque nourriture qu'autant qu'elle y était contrainte. Le 15 février, elle se plaignit de frisson et son délire s'accrut pendant la nuit. Le 16, les extrémités étaient froides, le pouls petit, la toux fréquente et le refus des aliments plus obstiné. La nuit suivante, le pouls devient plus fréquent, plus plein, la peau est plus chaude et sèche. Le 17, la toux a disparu, la respiration est normale. On emploie la sonde œsophagienne. Elle maigrissait de plus en plus et s'affaiblissait. Les extrémités inférieures s'œdémaïaient, les selles étaient rares, la toux avait cessé et il y avait un peu moins d'agitation. Le 10 mars, nouvel accès de toux avec quelques crachats sanguinolents. Le 13, sa respiration exhale une odeur gangréneuse; elle était pénible et courte, et l'on observait de, l'orthopnée; la toux était douloureuse; il y avait quelques sueurs; la sitophobie persistait, et pendant quelque temps elle ne prenait de nourriture que quand elle y était contrainte. Dans le cours de la belle saison, ces divers symptômes diminuèrent d'intensité. L'état psychique était le même, moins l'agitation; elle prenait plus facilement quelque nourriture, mais point encore d'une manière régulière. Une visite de son mari amena une rechute qui fit de nouveau craindre pour

sa vie. Vers la mi-juin, les extrémités inférieures parurent moins froides, le pouls devint plus fréquent et la malade accusa des douleurs assez vives dans le ventre; il survint alors des selles muqueuses et sanguinolentes, ainsi que des excrétiions indiquant une profonde altération du tube digestif. Les forces baissaient considérablement. L'état psychique paraissait meilleur, le refus des aliments était moins énergique, mais elle mit plus de temps à se relever. En octobre 1844, elle éprouva une nouvelle rechute plus forte que les deux précédents accès; son amour fantastique pour Dieu la domina davantage encore, et son refus des aliments était plus obstiné. Son amaigrissement et sa faiblesse atteignirent leur dernière limite, et l'on vit apparaître les premiers symptômes d'une paralysie incomplète du côté droit. Il y avait de la toux, l'hypochondre droit était très sensible; les selles, d'une couleur foncée, étaient dures et enduites d'un mucus épais. Elle ne se releva que lentement de cet état, qui fut surtout fort grave du mois de novembre 1844 à la fin de janvier 1845. Enfin, après une amélioration progressive dans sa constitution, la plupart de ses erreurs se dissipèrent, ses sentiments affectifs se réveillèrent, et elle put enfin sortir guérie pour retourner dans sa famille; et, longtemps après, toute trace de douleur et de lésion organique avait entièrement disparu. Les principaux remèdes employés pour combattre ces divers accidents, et auxquels l'auteur attribue le plus d'efficacité, sont la décoction de quinquina administrée à l'intérieur en même temps que l'eau chlorurée. La nourriture fut légère et fortifiante, l'eau vineuse pour boisson, et, en raison de son aversion pour l'eau, on lui donna pendant longtemps une infusion de thé du Mexique. Enfin, on compléta ce traitement par l'application d'un cautère à la partie supérieure du bras gauche.

Quoique l'alimentation forcée soit loin de produire une nutrition complète, l'auteur ne considère pas l'inflammation pulmonaire comme la conséquence de ce refus obstiné des aliments, qui lui ont du reste toujours été administrés par contrainte. Il admet plutôt un mode d'innervation morbide, modifiant l'hématose et suspendant ou changeant les diverses sécrétions. Il est d'ailleurs démontré que toute affection psychique, dégagée même à son début de toute lésion organique, ne tarde pas, lorsqu'elle persiste, à produire une discrasie qui, bien souvent aussi, se trouve être l'incubation proprement dite de l'affection mentale. En ce qui concerne l'inflammation pulmonaire, on a fréquemment remarqué sa coïncidence avec le refus obstiné des aliments, principalement dans la lypémanie religieuse. Nous avons fait la même observation dans l'asile

de Fains, et dans ce moment nous avons sous les yeux une lypémaníaque religieuse qui refuse quelquefois les aliments pendant plusieurs jours, et qui ne mange que quand elle y est contrainte par la force. Pendant cette période d'abstinence, il s'établit une stase sanguine dans les organes respiratoires; les extrémités, tant supérieures qu'inférieures, se refroidissent et s'œdématisent, et nous la voyons souffrir d'une hémoptysie, qui disparaît bientôt quand l'alimentation devient volontaire. Cette rémission est ordinairement produite par une application de sangsues à l'anus. A Heidelberg, puis à Illenau, plusieurs cas de gangrène pulmonaire ont été observés depuis que M. Guislain a appelé l'attention des médecins sur cet objet. Il est surtout à remarquer que cette disposition gangréneuse coïncide fréquemment avec une dégénérescence scorbutique, tant des gencives que des diverses parties de la muqueuse buccale. Dans d'autres cas, la ténacité de la vie, malgré cette désorganisation anticipée, offre quelque chose de vraiment extraordinaire. Nous avons observé nous-même une malade chez laquelle la gangrène pulmonaire s'était compliquée de gangrène intestinale. La peau de l'abdomen avait la coloration d'un cadavre après vingt et quelques jours de décès, et cependant elle vivait, et trouvait encore assez d'énergie pour se lever et maltraiter les malades qui se trouvaient à sa portée. Une maniaque nous a présenté il y a deux ans les mêmes phénomènes. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que, comme l'indique l'auteur, ces altérations coïncident, non seulement avec la sitophobie, mais aussi cette dépravation du goût qui porte certains malades à manger des substances excrémentitielles. Les perforations intestinales ne sont pas rares dans ces cas, et presque toujours les gros intestins sont le siège des graves altérations qui précèdent ces accidents. Un autre phénomène qui a été signalé par plusieurs auteurs s'observe chez les aliénés qui perdent l'appétit, sans qu'aucun autre symptôme extérieur puisse en donner la raison. Nous voulons parler d'une douleur œsophagienne en quelque sorte idiopathique qui semble modifier la sensation du goût, et avec laquelle coïncide très souvent cette opinion des malades qui croient qu'on a altéré les aliments, soit pour les empoisonner, soit pour influencer leurs déterminations. Le docteur Herzt cite une malade qui, pendant la période de desquamation d'un érysipèle de la face, refusa obstinément toute nourriture, parce que le sens du goût était entièrement perverti. Le refus des aliments, expression d'un état nerveux particulier, s'observe dans toutes les formes du délire, et ne reconnaît pas toujours le même mobile. Il tient dans la manie à une agitation désor-

donnée. Dans la lypémanie, s'il est quelquefois instinctif, il est aussi souvent le résultat d'hallucinations. Chez une malade, il dépendait d'un ordre de Dieu qui la menaçait de l'échafaud si elle prenait quelque aliment. Une autre refuse de manger parce qu'elle ne veut pas contribuer à nourrir le corps de son ennemi dans lequel elle est emprisonnée. Une autre enfin prétend avoir perdu son estomac, et sent les aliments remonter à sa tête. Des malades atteintes d'engorgement pulmonaire refusaient de manger, parce que la digestion était toujours accompagnée d'une sensation d'étouffement dont elles n'appréciaient pas la cause. Le refus de la nourriture est, dans d'autres circonstances, le résultat d'une inertie psychico-somatique. Nous avons affaire à une cataleptique qui rentre dans cette catégorie. Il y a aussi refus de nourriture par déplacement d'activité. L'attention du malade est tellement fixée sur un point, qu'on ne parvient qu'avec peine à l'en détourner pour prendre ses repas. Quant aux moyens à employer par le médecin pour vaincre cette résistance opiniâtre, ils doivent varier suivant l'idiosyncrasie du sujet et les circonstances de son délire. La crainte de la douleur chez l'un, la douche chez un autre, l'indifférence chez un troisième, qui ne veut manger qu'en secret, peuvent tour à tour réussir. Mais il ne faut jamais omettre de consulter l'état des voies digestives qui, bien souvent aussi, réclame un traitement tout particulier.

Ce cahier contient en outre un rapport médical du docteur Jacobi sur l'établissement d'aliénés de Siegburg. Ce qui nous frappe d'abord à la lecture des premières pages de ce rapport, c'est la distinction que l'administration allemande admet entre les malades en traitement et les incurables, distinction qui a pour résultat de faire sortir de l'asile les aliénés qui paraissent ne présenter aucune chance de guérison. Nous ne saurions donner notre assentiment à une mesure qui nous paraît contraire aux lois de l'humanité et même aux principes de la médecine, et quelques unes des réflexions du docteur Jacobi sont de nature à corroborer notre opinion. S'il est des aliénés qu'on peut sans hésitation déclarer incurables, et qui, comme les idiots, les déments, les imbéciles, peuvent être placés avec avantage dans un asile à part, on se demande naturellement si la durée plus ou moins longue de la maladie produit toujours des différences essentielles entre deux individus atteints de la même forme de délire. Le docteur Jacobi lui-même en cite un qui a guéri après plus de vingt ans de maladie. Les aliénés d'ailleurs sont plus qu'on ne croit sensibles à cette dénomination d'incurables, et nous avons pu constater souvent combien il im-

porte, dans la division de nos quartiers, d'éviter toute allusion soit au pronostic, soit au genre de délire. Pourquoi faut-il que le bien que la société organise soit si souvent incomplet ? Pourquoi avons-nous si souvent l'occasion de signaler les idées étroites qui président à l'établissement des institutions charitables ? A côté des mots sonores, de petites choses, des phrases généreuses aboutissant à de mesquines économies : tel est le spectacle auquel nous assistons tous les jours. Mais revenons à Siegburg. Les guérisons après la longue durée d'un état chronique, quoique peu nombreuses, ne sont pas aussi rares qu'on le croit généralement, et, comme le docteur Jacobi, nous pensons qu'on n'a pas assez étudié ces crises fortuites qui viennent mettre en défaut les pronostics que l'on croyait les mieux établis. Aussi sont-elles la plus forte objection que l'on puisse faire à cette distinction établie en Allemagne entre les établissements d'incurables et ceux de traitement. Si nous insistons sur ce point, c'est que ces idées ont été proposées en France, qu'on les a appuyées de raisons spécieuses, et que nous regarderions leur adoption comme funeste à tous les intérêts. Après avoir jeté un coup d'œil sur quelques circonstances locales, l'auteur nous fait connaître le mouvement de la population de son établissement du 1^{er} octobre au 30 septembre 1846.

	Hommes.	Femmes.	Total.
Au 30 septembre 1844, il y avait. . . .	128	82	210
Les admissions ont eu lieu de la manière suivante :			
Dans le 4 ^e trimestre 1844. 18 h. 12 f. =	30		
Pendant 1845 87 78 =	165		
Pendant les trois trimestres de 1846. 75 47 =	122		
	180	137	317
	308	219	527
Parmi les 317 admissions, on compte :			
Catholiques	123	99	222
Protestants	55	37	92
Juifs	2	1	3
On compte parmi eux :			
Cultivateurs	58	45	103
Habitants des villes.	109	87	196
Hautes classes.	11	5	16
Militaires.	2	"	2
Célibataires.	103	73	176
Mariés ou veufs.	77	64	141

	Hommes.	Femmes.	Total.
Quant à l'âge, ces admissions se distribuent ainsi qu'il suit : De 15 à 19 ans.	10	5	15
20 à 24	34	27	61
25 à 29	29	26	55
30 à 34	23	23	46
35 à 39	32	21	53
40 à 44	24	15	39
45 à 49	13	8	21
50 à 54	2	6	8
55 à 59	9	2	11
60 à 64	4	4	8

La population tend donc à augmenter, comme cela s'observe partout ailleurs, parce que les préjugés contre la séquestration diminuent.

La classification adoptée par le docteur Jacobi n'est point celle qui est habituellement suivie en France, c'est ce qui ne permet pas d'établir des rapprochements entre les divers documents statistiques sous ce rapport. Nous en donnons ici un spécimen.

	Hommes.	Femmes.	Total.
Fureur	33	69	102
Mélancolie . .	89	65	154
Monomanie. .	26	16	42
Manie.	34	19	53
Idiotisme. . .	46	16	62
Démence . . .	77	35	112

La fureur est plus fréquente chez les femmes en raison de leur vive irritabilité. La proportion des mélancoliques est aussi plus forte parmi elles. L'analyse de ces diverses affections, et surtout leur marche avant l'admission dans l'asile, qui n'a souvent lieu que quand la démence est confirmée, conduisent l'auteur à insister sur la nécessité de mettre les malades en traitement beaucoup plus tôt qu'on ne le fait ordinairement. Il s'élève aussi avec raison contre la funeste pratique des saignées faites inconsidérément au début de la maladie, dans le but de calmer une excitation qui s'exaspère, au contraire, par ce moyen; et, comme il le fait remarquer avec justice, la démence est la conséquence inévitable et prochaine de ces déplétions sanguines pour lesquelles il n'y avait pas d'indications rationnelles. Les idées émises par le docteur Jacobi viennent à l'appui de celles qu'a exposées sur ce sujet notre collaborateur, le docteur Sauvet, dans un mémoire inséré dans les *Annales* de l'année dernière. Ce sont celles qui nous ont constamment dirigé dans

notre pratique, et que nous cherchons autant que possible à répandre parmi nos confrères.

De nombreux efforts ont été tentés pour établir une classification des causes de la folie en physiques et morales. Ils ont échoué parce que nous ne connaissons pas de causes spéciales pour cette terrible affection qui, à part sa longue période d'incubation, est plutôt le résultat d'une suite de causes agissant non seulement sur un individu, mais principalement aussi sur les générations successives. Cette doctrine, que nous avons déjà développée en 1841 dans notre *Mémoire sur les formes d'aliénations mentales observées à Stéphanfeld*, est corroborée ici par l'expérience du docteur Jacobi, qui insiste sur les rapports de causalité qui existent entre les anomalies psychique et stomatique. C'est sur cette idée qu'est basée la thérapeutique de Siegburg. Il n'y a de trouble psychique qu'autant qu'il existe une anomalie somatique correspondante, et d'après cela, l'auteur pose en principe que toute méthode de traitement doit être fondée sur la connaissance des rapports idiopathiques et sympathiques de l'état morbide avec tel ou tel trouble fonctionnel des organes ou appareils organiques; ou, en d'autres termes, le traitement de l'aliénation mentale n'est efficace qu'autant qu'on a reconnu exactement l'influence qu'exercent sur les états morbides des organes le cerveau et le système nerveux, source de l'activité, comme la réaction sur le système nerveux des altérations morbides qui surviennent dans les appareils organiques. Ces idées, exclusivement médicales et pratiques, font chaque jour plus de progrès, et remplacent le spiritualisme pur dans lequel on ne saurait rencontrer la vérité complète, parce qu'il s'éloigne de l'homme réel pour créer un fantôme qu'on ne rencontre nulle part. La doctrine somatique a rendu de véritables services à la science, il ne faut pas l'exagérer, mais il faut en tenir un compte sérieux, et se rappeler que l'aliénation mentale est une maladie mixte somatico-psychique ou psychico-somatique, comme le sujet qui en est atteint.

Le docteur Jacobi se prononce contre le système auquel les Anglais ont donné le nom de *no-restraint*; il en signale les dangers, et démontre qu'il est loin d'atteindre le but que se sont proposé ceux qui l'ont préconisé. Les moyens de restriction doivent être employés avec mesure et prudence; mais il est des circonstances où rien ne peut y suppléer, et nous les trouvons bien préférables à la réclusion cellulaire dont les Anglais paraissent faire un abus généralement préjudiciable aux aliénés, de quelque précaution que l'on entoure l'emploi de ce procédé.

Dans un établissement comme celui de Siegburg le mouvement

de la population doit être plus varié que partout ailleurs, puisqu'on n'y reçoit les incurables que dans de rares exceptions, et qu'on évacue sur d'autres maisons ceux qui ont été reconnus comme tels. Ces conditions modifient aussi le chiffre des guérisons et leur rapport avec le nombre des admissions, et l'on conçoit aussi qu'elles n'ont pas une médiocre influence sur le nombre des morts, comme on peut s'en convaincre par le tableau suivant :

	Hommes.	Femmes.	Total.
Guéris	80	76	156
Améliorés.	9	6	15
Renvoyés comme incurables.	91	50	141
Sortis avant d'être guéris . .	2	»	2
Décédés.	10	9	19
	<u>192</u>	<u>141</u>	<u>333</u>

Les guérisons, quant aux formes du délire, se rapprochent beaucoup de ce que nous voyons en France. Mais si nos asiles fournissent moins de guérisons, c'est qu'ils reçoivent indistinctement tous les malades. Les divers tableaux que l'auteur joint à son mémoire démontrent encore une vérité sur laquelle tous les médecins insistent avec raison : c'est que les chances de guérison sont d'autant plus nombreuses que la mise en traitement se rapproche davantage de l'invasion de la maladie, et que cette circonstance influe en outre beaucoup sur la durée du traitement. C'est un fait que démontrent toutes les statistiques, et qui ne saurait être trop répandu pour détruire dans les familles les préjugés qui s'opposent encore à la prompté séquestration des aliénés.

La mortalité est très faible, nous avons indiqué pourquoi.

Les rechutes ne sont pas plus extraordinaires dans cette maladie que dans les autres, et si elles se reproduisent trop souvent, elles finissent par conduire à l'incurabilité. On ne peut que féliciter le docteur Jacobi pour les efforts qu'il a faits afin d'arriver à connaître le relevé de ces cas qui est consigné dans le tableau suivant :

	Hommes.	Femmes.	Total.
Du 1 ^{er} janvier 1825 au 31 décembre 1845			
le nombre des guérisons a été de. . . .	377	284	661
Sur ce nombre, parmi ceux qui vivent encore, nous comptons :			
Ceux dont la guérison ne s'est pas démentie	169	153	322
Ceux qui ont eu une rechute, et qui ont été denouveau guéris dans l'établissement.	79	48	127

	Hommes.	Femmes.	Total.
Ceux qui, ayant été réintégrés, ne sont pas encore rétablis	5	6	11
Ceux enfin qui, après leur rechute, ont été reconnus comme incurables	34	30	64
Parmi ceux qui sont décédés, nous comptons :			
Ceux qui sont morts sans avoir eu de rechute	43	25	68
Ceux qui sont morts dans une rechute. .	39	18	57
Enfin on n'a pu obtenir aucun renseignement sur	8	4	12

Ces recherches sur les rechutes conduisent naturellement le docteur Jacobi à exprimer le désir de voir adopter des mesures efficaces en faveur de tant d'aliénés auxquels le séjour de l'asile rend en partie la raison, qui ne tarde pas à fléchir sous l'influence des causes qui, au milieu du monde, ont produit le premier accès. Il rappelle à ce sujet le plan proposé par le docteur Schaeffer, directeur de Zwiefalten, en Wurtemberg, pour la fondation d'une colonie en faveur de ces infortunés. Un asile fondé sur ce principe aurait des avantages pour les aliénés en traitement. Mais quand les mesures efficaces d'assistance publique pourront-elles trouver place dans les débats parlementaires de tous les pays ?

Ce cahier est terminé par une notice statistique sur le nombre des aliénés en Norvège, par le docteur Holst. Nous en extrayons les données principales.

	Hommes.	Femmes.	Total.
La population des villes comprend.	61,459	67,543	129,002
Celle des campagnes est indiquée pour.	523,922	544,903	1,065,825

Le nombre des aliénés est réparti ainsi qu'il suit :

Pour les villes :

Maniaques.	57 hom.	61 fem.
Mélancoliques.	35	45
Déments.	35	26
Idiots	49	34
Totaux. . . .	176	166
Total. . . .	342	

Pour les campagnes :

Maniaques.	306 hom.	290 fem.
Mélancoliques.	269	286
Déments.	226	233
Idiots	836	779
Totaux. . . .	1,637	1,597
Total. . .	3,234	

A ces infirmités on joint les suivantes :

Pour les villes :

Borgnes.	107 hom.	92 fem.
Aveugles	78	81
Sourds.	58	43

Pour les campagnes :

Borgnes.	2,328 h.	1,517 fem.
Aveugles.	950	1,000
Sourds	540	450

Il ressort de ce tableau que la proportion des hommes est plus forte que celle des femmes ; que les aliénés sont plus nombreux dans les villes que dans les campagnes ; et que dans ces dernières, au contraire, les affections congéniales prédominent. Ces résultats sont analogues à ceux qu'ont relevés quelques statistiques de certains départements de la France.

VARIÉTÉS.

Le choléra dans les sections d'aliénées de la Salpêtrière.

Le choléra, qui sévit avec tant de violence à la Salpêtrière depuis trois mois, n'a pas moins atteint les aliénées que les femmes âgées de l'établissement. Voici le relevé exact des malades qui ont succombé à l'épidémie dans les cinq sections consacrées aux aliénées et aux épileptiques.

Du 20 mars au 1 ^{er} avril	47
Pendant le mois d'avril. . . .	121
Pendant le mois de mai. . . .	50
Pendant le mois de juin. . . .	88
	306

Les épileptiques et les hystériques figurent dans ce chiffre pour 45 ;

la population moyenne étant d'environ 1,200, c'est par conséquent déjà 1 aliénée sur 4.

M. Baillarger a remarqué que dans sa section il y a une sorte d'immunité pour les aliénées paralytiques. Aucune n'a été atteinte par l'épidémie.

Sur environ 100 filles de service, *dix-sept* sont mortes, et 30 au moins ont été atteintes. Parmi celles qui ont guéri, il en est une appartenant au service de M. Baillarger, qui est devenue hallucinée pendant la convalescence. Elle a dû être placée comme aliénée dans une autre section. Une sous-surveillante a succombé.

Le corps médical a été cruellement frappé, et sur cinq internes deux sont morts : M. Berlié, interne de M. Baillarger, et M. Londe, attaché au service de M. Lélut. Nous donnerons dans le prochain numéro une courte notice sur ces deux infortunés, victimes de leur dévouement, et qui laissent tant d'amers regrets au milieu de leurs familles, de leurs camarades et de leurs maîtres.

L'un des médecins, M. le docteur Trélat, a été atteint à son tour ; mais nous sommes heureux d'annoncer que sa maladie n'a pas revêtu les caractères les plus graves, et que notre confrère entre en convalescence.

Enfin le directeur de l'établissement, M. Hemcy, dont le zèle et l'activité intelligente ne s'étaient pas ralentis un instant pendant près de trois mois, a aussi été frappé, et sa vie a été plusieurs jours en danger. Un énorme gonflement de la parotide gauche a suspendu les symptômes alarmants, et tout fait espérer que cette crise sera suivie d'un prompt rétablissement.

— M. le docteur **RENAUDIN**, médecin en chef de l'asile des aliénés de Fains, vient d'être nommé directeur de l'asile de Maréville (Meurthe), dont M. le docteur Morel de Gany est médecin en chef.

— M. le docteur **MÉRIER**, médecin de l'asile des aliénés de Blois, a été nommé médecin de l'asile de Fains.

— M. le docteur **BILLOD**, médecin adjoint de l'asile des aliénés d'Angers, a été appelé à la place de médecin directeur de l'asile de Blois.

— M. **BAROUST**, ex-directeur de l'asile de Bordeaux, est nommé directeur à Fains.

— M. **MARQUISSET**, ex-directeur de la maison de Belvaux, remplace M. Baroust comme directeur à Bordeaux.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS.

Pathologie.
MALADIES MENTALES.
DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE
CHEZ LES PELLAGREUX.

Lettre au Dr Gaetano Strambio.

MON CHER CONFRÈRE ET AMI ,

Le travail que j'ai lu à l'Académie de médecine sur la paralysie pellagreuse a été, de la part de deux médecins de Milan, les docteurs Rizzi et Verga, l'objet de nombreuses critiques. Le docteur Verga, surtout a attaqué ce travail par sa base, dans deux mémoires insérés dans la *Gazette de Milan*. J'aurais répondu plus tôt aux objections qui m'ont été adressées, si vous-même n'aviez pris spontanément ma défense. Votre mémoire est si précis que j'avais résolu de garder le silence; mais le second travail du docteur Verga vient de prouver que cet honorable médecin n'est pas complètement convaincu, et que vos arguments ont encore laissé des doutes dans son esprit. Quel-

que reconnaissant que je sois de la preuve d'amitié que vous m'avez donnée, je ne saurais désormais rester étranger à cette polémique. Le docteur Verga est d'ailleurs votre collaborateur et votre ami, et si le débat doit continuer, il est naturel qu'il soit soutenu par moi.

Je me bornerai à discuter ici le fait principal, m'en rapportant pour tout le reste aux arguments que vous avez vous-même présentés, et que je serais obligé de reproduire.

M. Verga, sans nier d'une manière absolue l'existence de la paralysie générale pellagreuse, déclare n'en avoir pas rencontré un seul cas (1).

De la part d'un médecin placé dans d'autres conditions, peut-être serait-il facile d'atténuer ce fait; mais je ne veux point dissimuler qu'il a ici une très grande gravité.

M. Verga est médecin de l'hospice de la Senavra; il est placé sur le théâtre le plus vaste: il a donc tous les éléments de l'observation. Dire qu'il n'a pas rencontré un seul cas de paralysie générale pellagreuse, c'est à peu près conclure contre l'existence de cette maladie, et détruire le point principal de mon travail.

Qu'ai-je voulu prouver, en effet? Que la pellagre, qui entraîne à sa suite tant de méningites, de manies, de mélancolies, etc., était aussi suivie assez souvent de paralysie générale; qu'il était, par conséquent, nécessaire d'assigner à cette maladie quelques pages à part dans l'histoire de la pellagre, comme on l'a déjà fait pour la méningite et la folie pellagreuse.

Il est évident que je me suis trompé, si les pellagreux ne sont atteints de paralysie générale que dans des cas très rares, et tout à fait exceptionnels; car ces pellagreux, comme l'a dit avec raison M. Verga, ne sont pas plus que les autres à l'abri des affections de toute nature.

Et d'abord, j'aurais à m'appuyer sur ce que j'ai vu pendant

(1) *Gazette médicale de Milan*, numéros du 12 mars, p. 91, et du 30 juin 1849, p. 270.

mon voyage en Lombardie ; j'aurais à dire que j'ai recueilli douze observations au moins de paralysie générale pellagreuse ; mais je comprends que ce serait là un mauvais début. Je suis allé à Milan pour chercher la paralysie générale chez les pellagres : j'y suis arrivé avec des idées préconçues ; j'aurais pu, avec des préventions, me laisser entraîner à des erreurs toujours faciles dans la position où je me trouvais, etc., etc. Voilà ce qu'on a déjà dit, et ce qu'on ne manquerait pas de répéter. Je supposerai donc que je n'ai rien vu ni rien observé, et c'est à vos compatriotes eux-mêmes que je demanderai des preuves contre M. Verga. Mon voyage, en effet, m'a permis de recueillir des documents qui suffisent, à mon avis, pour trancher la question.

1° *Statistique inédite de M. Bonacossa, médecin en chef de l'asile des aliénés à Turin.* — M. Bonacossa a observé assez souvent, et depuis longtemps, la paralysie générale avec délire ambitieux chez des paysans pellagres. Je me bornerai, pour le prouver, à citer la statistique de 1843. Il est entré pendant cette année à l'asile de Turin 256 aliénés, 145 hommes et 111 femmes.

Sur ce nombre, 29 seulement étaient atteints de pellagre.

Or, sur ces 29 malades, *cinq*, 1 homme et 4 femmes, présentaient tous les signes de la *paralysie générale avec délire ambitieux*.

N'êtes-vous pas, mon cher confrère, frappé comme moi d'un résultat aussi remarquable.

Voici M. Bonacossa, placé, quant à la pellagre, sur un champ très restreint d'observation, et qui trouve la paralysie générale des aliénés, la véritable paralysie avec délire ambitieux, 5 fois sur 29 malades, c'est-à-dire dans plus d'un sixième des cas.

M. Verga, au contraire, qui est à même de voir à Milan les aliénés pellagres, presque par centaines, M. Verga n'a pas rencontré un seul cas de paralysie générale chez ces malades !

Pourquoi cette différence à Turin et à Milan ?

M. Bonacossa a-t-il cru voir des cas de paralysie générale là

où il n'y en avait pas, ou bien M. Verga a-t-il méconnu ceux qui ont dû se présenter à son observation ? Je n'ai pas besoin de vous dire à cet égard mon opinion, mais je chercherai plus tard à expliquer cette différence si étrange dans l'observation de deux médecins, placés à trente lieues de distance à la tête de deux grands asiles d'aliénés.

Avant d'aller plus loin, permettez-moi de regretter de n'avoir pas commencé, au lieu de finir mon excursion scientifique, à Turin.

A Milan, personne n'avait vu la maladie que je cherchais, et quand surtout je parlais de délire ambitieux chez les pellagres, on m'affirmait que ce délire n'existait pas (1). Si je n'étais parvenu à découvrir par moi-même quelques cas, j'aurais eu lieu de me désespérer. A Turin, au contraire, je me serais trouvé tout d'abord d'accord avec M. Bonacossa, et la statistique citée plus haut m'eût démontré que je ne m'étais pas trompé quand j'avais cru reconnaître, dans les auteurs qui ont écrit sur la pellagre, une foule de passages incomplets, il est vrai, mais qui ne laissaient guère de doute sur l'existence assez fréquente de la paralysie générale chez les pellagres.

Peut-être en publiant plus tôt l'opinion et les statistiques de M. Bonacossa, aurais-je prévenu les critiques dont mon travail a été l'objet. M. Verga, en effet, eût sans nul doute accordé une grande importance à l'opinion d'un médecin justement estimé, et que je suis heureux d'avoir désormais pour auxiliaire dans la cause que je défends.

2° *Opinion de M. Girelli, directeur des hôpitaux de Brescia, et ancien médecin en chef de l'asile des aliénés.* — Lorsque je visitai l'asile des aliénés de Brescia, je reçus, quant à l'existence de la paralysie générale pellagreuse, les mêmes réponses négatives qui m'avaient déjà été faites dans les hôpi-

(1) Je dois excepter le docteur Piccioli, qui s'est rappelé avoir vu des idées de grandeur chez des aliénés par suite de pellagre.

taux de Milan et de Venise. Cependant, outre les faits que j'ai recueillis, j'ai retrouvé depuis lors dans un compte rendu de l'année 1844, la preuve que la maladie que j'étudiais avait été souvent observée antérieurement dans cet asile.

M. Girelli a publié, en 1830, sur la pellagre, un travail dans lequel il n'a pas fait mention de la paralysie générale. Il n'en dit rien non plus dans le rapport sur l'asile des aliénés pour 1846. Dans les tableaux statistiques qui accompagnent le rapport de 1844, les malades sont classés sous les noms de maniaques, mélancoliques et déments, et l'on ne voit nulle part figurer les paralytiques.

Ceci explique comment un passage de ce dernier rapport, indiquant de la manière la plus explicite la fréquence de la paralysie générale chez les pellagres, a pu passer tout à fait inaperçu; comment aucun des auteurs, qui ont écrit sur la pellagre, n'en a jusqu'à présent fait mention. Voici ce passage que je n'ai moi-même connu que depuis mon retour à Paris. Il est d'une telle précision, qu'aucun doute n'est possible.

Après avoir d'abord parlé des malades chez lesquels la démence survient comme une sorte de terminaison de la manie et de la mélancolie, l'auteur ajoute qu'il y a des démences primitives dont il a vu aussi plusieurs centaines de cas, et qui sont surtout très fréquentes chez les pellagres; ensuite il poursuit ainsi :

« Chez une grande partie de ces déments, et spécialement chez ceux dont la maladie reconnaissait pour cause la *pellagre*, l'apoplexie ou l'intempérance, j'ai souvent observé à tous ses degrés la *paralysie des aliénés*, que le célèbre professeur Esquirol a si savamment décrite, et qui, attaquant quelquefois seulement les muscles qui servent aux mouvements volontaires, produit d'abord une démarche vacillante, et graduellement une immobilité complète. Cette paralysie n'atteint pas seulement les membres, mais souvent aussi elle s'étend aux mouvements de la langue, de telle sorte que les malades, comme s'ils étaient dans

l'ivresse, parlent difficilement, ont de la peine à trouver les mots, et, quand ils les ont trouvés, éprouvent de la difficulté à les prononcer.

Tout cela est si net et si précis, qu'il est inutile de rien ajouter.

La paralysie générale des aliénés, celle qui a été si bien décrite par Esquirol, a donc été observée souvent à Brescia, chez les pellagres, pendant les années 1838-39-40 et 41.

Comment M. Girelli, quatre ans plus tard, lorsqu'il a publié un second rapport pour les années 1842 et 1843, n'a-t-il plus fait aucune mention de la paralysie générale, non seulement chez les pellagres, mais même chez les aliénés ordinaires? Comment se fait-il qu'en 1847, la même maladie fut, pour ainsi dire, complètement ignorée dans un asile où M. Girelli l'avait souvent observée sept ou huit ans auparavant? Voilà ce que je ne saurais expliquer que par le peu d'importance que l'auteur a accordé à ce fait. Aussi, malgré l'insertion du mémoire de M. Girelli dans un recueil médical très répandu, l'existence fréquente de la paralysie générale pellagreuse, à Brescia, est restée ignorée des médecins spéciaux les plus compétents, et c'est ce que prouvent entre autres les critiques des docteurs Rizzi et Verga.

J'examinerai ailleurs jusqu'à quel point il importait, pour l'histoire de la pellagre et de la paralysie générale des aliénés, d'appeler l'attention d'une manière spéciale sur la paralysie générale pellagreuse. Je me borne ici à opposer à l'assertion si positive de M. Verga, qui n'a, dit-il, jamais rencontré cette maladie, l'assertion également positive de M. Girelli, qui l'a souvent observée à Brescia.

L'opinion de ce médecin, dont personne ne contestera le mérite et la parfaite compétence, rapprochée de celle de M. Bonacossa, vient, comme on voit, mettre un grand poids dans la balance, et je craindrai moins désormais de parler des résultats de ma propre observation. Il me reste cependant

avant à invoquer d'autres preuves empruntées encore à des médecins italiens.

3° *Travaux de Liberali sur la manie pellagreuse.* — L'auteur de la première monographie qui ait paru sur la paralysie générale des aliénés, M. Bayle, décrit cette maladie sous le nom de *méningite chronique*. Il explique les signes légers de la première période par la congestion sanguine dans les vaisseaux de la pie-mère enflammée, et par un commencement d'infiltration de sérosité ; il attribue les progrès de la paralysie à l'accroissement des épanchements séreux.

Or il est très remarquable que Liberali se soit attaché, dans plusieurs mémoires, à démontrer que la manie pellagreuse est due aussi à une inflammation de la pie-mère suivie bientôt d'épanchements séreux.

D'après cet auteur, les caractères anatomiques de la méningite chronique et de la manie pellagreuse sont absolument les mêmes. Ce sont l'épaississement des membranes, l'opacité de l'arachnoïde, les adhérences à la surface du cerveau, l'infiltration séreuse de la pie-mère, les épanchements dans les ventricules (4).

Mais si les lésions anatomiques sont les mêmes, il doit très certainement se trouver beaucoup d'analogie dans les symptômes. Ici les travaux de Liberali laissent, il est vrai, beaucoup à désirer. Je crois que cet auteur, comme M. Roussel, comme M. Rizzi, comme tous les médecins que j'ai vus en Lombardie, n'a jamais distingué la véritable paralysie générale de la titubation convulsive, et je n'en voudrais d'autres preuves que les guérisons nombreuses qu'il a obtenues. Mais si les symptômes sont incomplètement indiqués et confondus avec d'autres, il ne peut être douteux qu'aux lésions anatomiques de la paralysie générale rencontrées chez les pellagres, n'aient aussi répondu les signes de la même maladie. « Si l'on veut ré-

(4) Liberali, 1831, p. 89.

fléchir, dit Liberali, que les pellagreuX atteints de manie *présentent très vite des symptômes d'épanchement du cerveau*, et que ceux qui succombent *meurent en général par suite de cet épanchement*, on trouvera une preuve de plus pour admettre que la manie pellagreuse dépend d'une inflammation de la pie-mère. »

Eh bien, quels sont donc les symptômes de ces épanchements survenant chez des maniaques pellagreuX? Sont-ils différents de ceux que MM. Bayle et Calmeil ont constamment observés chez des maniaques non pellagreuX, à la suite de ces mêmes épanchements? Non, assurément; et il suffit pour s'en convaincre de rappeler que Liberali signale des cas nombreux dans lesquels « à la fureur, au délire, succèdent la taciturnité, un état d'hébétude, l'immobilité; dans lesquels la physionomie perd toute expression (*avvilita*), et le malade, privé de mouvement, est forcé de rester couché sur le dos. »

Ces symptômes, observés chez des maniaques, après la mort desquels on trouve l'arachnoïde opaque, épaissie, adhérente à la couche corticale, la pie-mère infiltrée et les ventricules distendus par la sérosité; ces symptômes, dis-je, appartiennent certainement à la paralysie générale; et en cela j'affirme que tous les médecins qui connaissent cette maladie seront de mon avis.

Mais ce qui jette ici quelque embarras, et ce qui me paraissait tout à fait inexplicable avant mon voyage en Lombardie, c'est que beaucoup de pellagreuX, après avoir donné ou non des signes de folie, ont la démarche chancelante, deviennent stupides, lâchent involontairement les urines et les matières fécales, et cependant guérissent. Ce sont ces guérissons que je ne pouvais comprendre avant de m'être convaincu par l'observation directe que ces aliénés pellagreuX ne sont pas de véritables paralytiques. J'ai eu occasion de faire, avec le docteur Piccioli, l'autopsie d'une de ces malades atteinte de délire avec une extrême faiblesse des jambes, du tremblement des

membres. Je n'ai rencontré, ni dans les membranes, ni dans le cerveau, ni dans le canal rachidien, aucune espèce d'altération appréciable. Il est donc certain que ce n'est pas dans les cas de ce genre que Liberali a trouvé les membranes épaissies, l'arachnoïde opaque et adhérente, la distension des ventricules par la sérosité.

Ce qu'il m'importe d'établir, c'est que Liberali a vu souvent toutes ces altérations dans le cerveau des maniaques pellagres, et que ceux-là étaient atteints de paralysie générale.

C'est donc une autorité de plus à ajouter à celle de MM. Bonaccossa et Girelli.

4° Je n'ai plus à citer des hommes auxquels leurs travaux ont déjà conquis une place honorable dans la science; mais il me reste à faire connaître un document emprunté aux registres de la *Senavra*, et qui me paraît avoir une assez grande importance.

Un pellagres de quarante-trois ans fut admis dans l'asile, après avoir été saigné plusieurs fois; il fut de nouveau saigné après son entrée. Ce malade présentait, entre autres symptômes très graves, de l'embarras dans la parole, un tremblement général des membres; l'insomnie était complète, la soif très vive, les dents fuligineuses, etc. Il succomba le neuvième jour.

A l'autopsie, on trouva les altérations qu'on rencontre chez beaucoup de malades affectés de paralysie générale: les méninges étaient épaissies et injectées, la substance grise colorée et le cerveau ramolli dans sa totalité. La pie-mère était infiltrée de sérosité, et les ventricules contenaient aussi un liquide séro-sanguinolent, etc.

L'auteur de l'observation désigne la maladie à laquelle ce pellagres a succombé sous le nom d'*encéphalite*. Il ajoute que, dans les cas de ce genre, la lésion débute par les méninges, et s'étend peu à peu au cerveau lui-même. Puis il fait remarquer que *cette encéphalite pellagreuse est plus fréquente qu'on ne pense*.

Quelle singulière analogie entre cette opinion et celle de Liberali, qui n'est au fond, comme je l'ai dit plus haut, que celle de M. Bayle. Le tremblement des membres, l'embarras de la parole, indiqués ici au nombre des symptômes, ne suffisent pas assurément pour caractériser la maladie; mais, à la rigueur, peu importe. Il faudra bien, un jour ou l'autre, que quelqu'un nous donne la symptomatologie exacte de *ces épanchements sérieux du cerveau*, qui causent la mort de beaucoup de maniaques pellagreu (Liberali), de ces encéphalites pellagreuces qui, à Milan même, d'après l'auteur de l'observation recueillie à la Senavra, sont plus fréquentes qu'on ne pense. Jusque-là, je resterai convaincu qu'aux mêmes altérations anatomiques répondent, pendant la vie, des symptômes identiques; je croirai que les maniaques qui meurent d'épanchement sérieux du cerveau, ou d'encéphalite consécutive à une méningite, ont offert pendant leur vie les signes de la paralysie générale, tels que M. Bayle les a décrits dans son *Traité de la méningite chronique*.

5° Je puis, je crois, désormais, appuyé sur l'opinion de MM. Bonacossa et Girelli, sur les travaux de Liberali, sur les documents recueillis à la Senavra, parler des résultats de ma propre observation. J'ai vu dans les hôpitaux de Milan, de Venise et de Brescia, douze malades au moins atteints de paralysie générale pellagreuse. C'est assez pour affirmer que cette maladie existe, que même elle est loin d'être rare; c'est trop peu pour me permettre d'indiquer son degré de fréquence.

Pour prononcer sur ce point il faudrait avoir l'histoire exacte de tous les malades, et pouvoir les examiner et les interroger un à un. Or, dans les conditions où se trouve un médecin étranger qui parcourt les hôpitaux, cela est tout à fait impossible. Je serai toute ma vie reconnaissant de l'accueil bienveillant que j'ai reçu des médecins dans les hôpitaux que j'ai visités; mais je comprenais moi-même qu'il y a des limites qu'il ne faut pas dépasser. D'ailleurs il eût fallu pour cela beaucoup plus de temps que je n'en avais à ma disposition. C'est en parcourant des

salles ou des cours dans lesquelles étaient réunis les malades, que j'ai été amené, tantôt par l'examen de la démarche, tantôt seulement du *facies*, à m'adresser à quelques aliénés pellagreuX, parmi lesquels j'ai trouvé des paralytiques. Alors mon examen pour ceux-là a été fait avec soin, et j'ai dans tous les cas recueilli, outre les signes actuels, des renseignements sur les antécédents. Je suis donc convaincu qu'il y a dans les hôpitaux que j'ai visités plus de cas de paralysie générale que je n'en ai rencontré. Il ne faut d'ailleurs pas oublier que ces malades succombent souvent très rapidement. Ainsi j'ai recueilli à la Senavra l'observation de six malades qui ne sont pas restés en moyenne plus de six semaines à l'hôpital. Il importe donc de faire remarquer qu'il ne faut pas juger de la proportion des paralytiques par rapport aux autres aliénés par le nombre de ceux qu'on trouve dans les établissements. Les aliénés incurables vivent souvent un grand nombre d'années et peu à peu ils s'accumulent dans les asiles; les paralytiques, au contraire, ne font pour ainsi dire que passer.

En résumé, sans parler même des travaux de Liberali, qui sont cependant d'un si grand poids dans la question, sans parler du document recueilli à la Senavra, on voit :

1° Que M. Bonacossa, médecin en chef de l'asile de Turin, a pendant la seule année 1843 rencontré cinq cas de paralysie générale avec délire ambitieux sur vingt-neuf aliénés pellagreuX ;

2° Que M. Girelli, médecin en chef de l'asile des aliénés de Brescia, déclare, de la manière la plus précise, qu'il a souvent vu cette maladie comme terminaison de la démence produite par la pellagre ;

3° Que j'ai pu moi-même, placé dans des conditions défavorables, rencontrer douze cas au moins de paralysie générale dans divers hôpitaux de la Lombardie, ce qui suppose que cette maladie est loin d'y être rare.

En présence de ces faits, l'assertion du docteur Verga, qui

n'a, dit-il, jamais vu la paralysie générale chez les pellagreaux, cette assertion pourrait paraître difficile à comprendre ; je crois cependant qu'elle peut être expliquée, et c'est ce que j'essaierai de faire en examinant, dans une seconde lettre, l'état actuel de la science en Lombardie sur la paralysie générale des aliénés.

J'ai tenu à établir d'une manière bien précise le fait principal du travail que j'ai lu à l'Académie ; mais je suis tout prêt à déclarer que, parmi les critiques dont ce travail a été l'objet, il y en a que j'accepte, et sur lesquelles je suis tout prêt à passer condamnation.

Il est bien vrai que dans un mémoire très court, et qui a pour titre *De la paralysie pellagreuse*, j'ai parlé de plusieurs choses très différentes et qui n'ont entre elles aucun lien. C'est ainsi que j'ai hasardé une explication de la fréquence du suicide chez les pellagreaux, que j'ai parlé des rapports de la folie et de la pellagre étudiées au point de vue de l'hérédité, de l'influence du maïs sur la production de la pellagre, etc. Il est bien vrai aussi que je me suis borné à énoncer les faits sans les démontrer. Tout cela est exact, mais tout cela aussi trouve une excuse dans la circonstance.

Les séances annuelles des Académies sont remplies ordinairement par des éloges où le brillant de la forme n'est pas moins recherché que la vérité du fond. La science pure n'y est point admise ; quand elle y paraît, c'est à la condition d'être embellie. Or vous concevez, mon cher confrère, qu'après avoir accepté de lire un fragment sur la paralysie pellagreuse, mon embarras a été grand. Outre que je n'ai jamais eu la moindre prétention au beau style, le sujet se prêtait fort peu aux images fleuries et aux phrases académiques. Cependant parler crûment pendant vingt minutes de paralysie était impossible. Pour échapper au danger, je n'ai rien trouvé de mieux que de m'appliquer à jeter au moins quelque variété sur le fond. C'est ainsi que j'ai été amené à quitter deux ou trois fois, en quelques instants, cette malheureuse paralysie, pour m'occuper de questions moins sèches et

moins arides. Quant aux observations particulières et aux développements, il était évidemment impossible d'y songer.

Il me reste, avant de terminer, à dire quelques mots des rapports de la folie et de la pellagre au point de vue de l'hérédité. Il est bien vrai que l'opinion que j'ai émise à cet égard ne semble s'appuyer jusqu'à présent que sur le passage de l'ouvrage de Cerri cité dans les notes de mon premier travail. J'ajouterai ici qu'en l'absence de faits assez nombreux, je n'ai en aucune façon la prétention de faire accepter ma conviction sur ce point. Je suis tout aussi convaincu de la transformation héréditaire de la phthisie et de la folie, et je ne prétends pas davantage qu'on la regarde comme démontrée. Tout ce que je demande, c'est qu'on cherche dans cette voie, espérant que les faits recueillis par d'autres viendront confirmer ce que j'ai moi-même observé.

Il y a quelques années, quand on a parlé pour la première fois des rapports d'hérédité entre le rhumatisme et la chorée; quand on a avancé que des parents atteints de rhumatisme engendraient des enfants prédisposés à la chorée, c'est à peine si l'on a accordé quelque attention à ce fait, que beaucoup ont commencé par nier. Mais les observations sont bientôt arrivées de tous côtés et en si grand nombre, qu'aucun doute n'a plus été possible, même pour les plus prévenus (1). Il en sera de même, je l'espère, pour la pellagre et la folie, pour cette dernière maladie et la phthisie pulmonaire.

La transformation de presque toutes ces maladies héréditaires les unes dans les autres, signalée par Portal, sera un jour, je n'en doute pas, généralement admise; mais c'est un sujet plein de difficultés, et qui exige de longues et patientes recherches.

(1) Je crois qu'on reconnaîtra bientôt que ces rapports n'existent pas seulement entre le rhumatisme et la chorée, mais le rhumatisme et toutes les névroses, sans en excepter la folie. Depuis que mon attention a été éveillée sur ce point, je trouve des faits qui ne me laissent guère

Quant à moi, les faits que j'ai recueillis sur l'hérédité de la folie m'ont complètement rallié à l'opinion de Portal.

La démonstration des rapports de la chorée et du rhumatisme est un premier pas dans cette voie et comme une première pierre de l'édifice.

Je ne prétends donc en aucune manière faire accepter dès ce moment ce que j'ai dit de la transformation héréditaire de la pellagre et de la folie ; tout ce que je désire c'est qu'on étudie ce point, qui n'est pas sans importance pour l'histoire des deux maladies.

J. BAILLARGER.

de doute à cet égard. Je me borne ici à indiquer les suivants, qui se sont récemment présentés à mon observation :

A. *Père rhumatisant*. — 1 fille choréique ; 1 fille aliénée.

B. *Mère rhumatisante*. — 1 fille rhumatisante ; 1 fille atteinte d'une affection nerveuse très compliquée avec accès de somnambulisme.

C. *Mère rhumatisante*. — 1 fille rhumatisante ; 1 fille atteinte d'hystéro-épilepsie, avec des signes de folie à la suite des attaques.

D. *Mère rhumatisante*. — 1 fille atteinte d'hystérie ; 1 autre rhumatisante.

E. *Père rhumatisant*. — 1 fille atteinte d'affection convulsive, avec exaltation cérébrale et hallucinations.

F. *Mère rhumatisante et atteinte d'angine de poitrine*. — 1 fille atteinte de névralgies très étendues.

INFLUENCE DU CHOLÉRA

SUR

LA PRODUCTION DE LA FOLIE,

Par M. DELASIAUVE,

Médecin de Bicêtre.

Tout le monde connaît l'influence du choléra sur les fonctions cérébrales. Une foule de malades échappent aux premiers accidents de cette terrible affection, et succombent à la prostration et au délire au moment où l'on se réjouissait de les voir entrer en convalescence. Dans les cas rares où l'issue est moins malheureuse, ces phénomènes se dissipent avec les autres symptômes de la maladie.

Le fait sur lequel nous voulons appeler l'attention est d'une autre nature. S'il a été signalé quelque part, ce que nous ignorons, il n'a point fait sensation dans la science : nous voulons parler, non plus de cette sorte d'asphyxie du cerveau qui entretient le mal et l'aggrave, mais d'un simple trouble intellectuel, d'une véritable aliénation, qui se déclare lorsque déjà, physiquement, le cholérique peut être considéré comme guéri.

Il nous a été donné, dans l'épidémie actuelle, d'observer plusieurs cas semblables, tant dans la section à laquelle nous sommes attaché que dans celle de MM. Voisin et Moreau ; et l'intérêt qu'ils puisent dans leur nouveauté même nous a déterminé à en retracer succinctement l'histoire.

Le premier de ces aliénés qui aient été admis à Bicêtre est un nommé Lejeune (Henri), tourneur, âgé de dix-huit ans, entré le 4^{er} juin. Atteint du choléra vers la fin d'avril, il fut en grand danger pendant huit jours ; au commencement de mai ce-

pendant, malgré sa faiblesse, il put reprendre ses travaux, qu'il continua presque tout le mois.

Une certaine hésitation dans les idées s'était déjà fait remarquer pendant cet intervalle, quand, vers le 20, le dérangement d'esprit ne laissa plus de doute. Loquace, mobile, Lejeune émettait des prétentions et se livrait à des actes singuliers. Se croyant riche, il voulait monter une entreprise et achetait des outils en conséquence; il se disait aussi décoré, et sa famille, d'après le conseil du médecin, lui procurait un ruban qu'il portait à sa boutonnière en arrivant parmi nous.

A la première visite, le délire persiste et offre un curieux mélange de peusées folles et de réflexions sensées. Il gagne en ce moment 3,000 francs, entretient 150 ouvriers, et exploite une foule de brevets. Désormais le bonheur de sa famille est fait; il n'aura plus besoin de travailler; il se bornera à casser son bois et à contrôler ses livres. La croix qu'il a méritée et obtenue est déposée à l'hospice, et il prie les gardiens de l'aller chercher. Il s'explique, du reste, pertinemment sur diverses particularités de sa maladie et sur les circonstances qui ont amené sa translation à Bicêtre.

L'an passé, Lejeune a éprouvé quelques privations et a été obligé, faute d'ouvrage, de s'engager dans la garde mobile, d'où il est sorti depuis volontairement; mais il n'est pas probable que ces tribulations aient agi puissamment sur son moral. Son caractère est doux, heureux; il a une conduite régulière. Jamais, dit-il, il ne boit, car la boisson le ferait trembler, et son état exige une main sûre. Seulement il fume beaucoup. L'action du tabac se serait-elle jointe ici à la prédisposition engendrée par le choléra? Celle-ci du moins nous paraît incontestable.

La forme ambitieuse et indécise du délire pouvait faire craindre une paralysie générale; car, quoique, selon nous, il ne faille pas attribuer une signification absolue aux idées vagues de vanité et d'orgueil, il est vrai de dire que cet ensemble de symptômes ne se produit guère sans l'affaiblissement paraly-

tique. Une sorte de tremblement des muscles de la face était même de nature à ajouter à cette crainte. Mais nous étions rassurés par les conditions exceptionnelles où la maladie s'était développée, et surtout par l'âge de l'aliéné. On sait, en effet, que la paralysie générale ne survient guère qu'après trente ans.

Le pronostic fut favorable et l'événement le justifia. Sous l'influence de quelques ventouses scarifiées, de pédiluves sinapisés, de boissons tempérantes, du repos et de légers exercices, une prompte amélioration survint, et depuis le 4 juillet, Lejeune, demeuré à l'hospice en qualité d'infirmier, est un de nos serviteurs les plus intelligents et les plus dévoués.

Lhermitte, notre second malade, est un homme de trente-cinq ans, grand, fort et d'une tournure distinguée. Il est employé comme serrurier-mécanicien dans l'atelier d'un de nos chemins de fer. Les ressources qu'il se procure par son travail suffisent aux besoins de sa famille, qui se compose de deux enfants; sa femme, enceinte pour la troisième fois, est sur le point d'accoucher. Elle se livre de son côté à des occupations productives qui contribuent à l'aisance du ménage. A la fin de mai, Lhermitte est pris du choléra. En quelques jours, les accidents se dissipent; mais il reste triste et préoccupé.

Bientôt il s' imagine qu'il a des ennemis, qu'il va perdre sa place. Le désespoir s'empare de lui et il menace de se détruire. L'affliction de sa femme, la sollicitude dont elle l'entoure, les encouragements qu'elle lui prodigue, le trouvent indifférent. On est contraint de le placer à Bicêtre, le 13 juin.

Sa figure porte l'empreinte d'une profonde mélancolie; il semble importuné des questions qu'on lui adresse, et n'y répond qu'avec humeur et contrainte. Nos observations, ni les assurances de sa femme ne le peuvent détourner de l'idée qu'on machine contre lui. Il s'inquiète aussi outre mesure de sa santé. Son sommeil est troublé par des rêves; on soupçonne des hallucinations; la santé physique est bonne.

Quelques jours de repos et d'un régime aidé de bains entiers

atténuent les souffrances du malade. La gaieté lui revient; il tresse d'abord de la paille, puis il est envoyé à Sainte-Anne pour participer aux travaux agricoles. Dès le 25 juin sa sortie est arrêtée; néanmoins sa femme, dans une visite, ayant eu l'imprudence de lui annoncer que leur propriétaire, auquel trois termes étaient dus, avait eu la barbarie de détenir en gage sa pendule, la chaîne d'or de sa femme, ainsi que les deux bagues qu'elle portait aux doigts, cette indiscretion surexcite ses sentiments; il divague et prétend qu'il restera à Bicêtre. Cette exaltation toutefois n'est que passagère; il obtient sa liberté définitive le 13 juillet, un mois après son entrée.

L'observation suivante offre des particularités intéressantes. Malheureusement, n'ayant point été recueillie, elle manque de détails suffisants. Léger (Charles), maréchal, âgé de vingt-neuf ans, célibataire, fut atteint du choléra à une date qui n'est pas précisée. A la suite surviennent des symptômes analogues à ceux de la fièvre typhoïde, puis du délire, une sorte d'agitation maniaque qui le fait transporter à Bicêtre le 19 juillet. On est contraint de le maintenir dans le lit à l'aide de la camisole. Le certificat du médecin désigne l'affection sous le nom de manie aiguë. Cet état persiste plusieurs jours; mais lorsqu'il commence à se calmer, les symptômes cholériques se reproduisent avec une intensité extrême. On désespère du malade, tant la cyanose est prononcée. Néanmoins, cet appareil formidable cesse lui-même après avoir jugé en quelque sorte le délire, et Léger sort guéri le 5 août. On ignore son adresse actuelle.

Paulus (Antoine), âgé de vingt-sept ans, est originaire de Haguenau (Bas-Rhin). Célibataire et tanneur de son état, il habite avec sa famille, 5, rue Lenoir-Saint-Antoine. Son histoire a une grande analogie avec celle de Lejeune. Pris du choléra le 19 juin, il s'en relève assez promptement, mais le cerveau conserve l'empreinte du mal, et le 26, sept jours après, Paulus est arrêté comme fou sur la place publique. Sa physionomie est stupéfaite et bouleversée. Telle est la confusion de ses idées

qu'il ne saurait fournir aucun renseignement précis sur ce qui lui est arrivé. Son délire est assez incohérent, et revêt une forme ambitieuse. Dieu a communiqué avec lui ; il est le roi des rois. La veille de son entrée, il avait fait demande d'un emploi au président de la république. Un tremblement manifeste agite ses lèvres ; la prononciation est notablement embarrassée ; il y a plus de trouble que d'affaiblissement dans la mémoire. Paulus sait que nous sommes au mois de juin 1849. Son agitation force à le tenir emprisonné dans une camisole. Quelque cause serait-elle venue en aide à la disposition cholérique pour provoquer l'explosion du délire ? Paulus mène une conduite régulière ; il ne boit pas, et consacre à entretenir ses parents, qui sont à sa charge, les 3 fr. 50 c. qu'il gagne par jour, et qui lui suffisent à peine pour vivre. On conçoit que le chagrin de manquer d'ouvrage, ou la crainte de perdre celui qu'il avait ait pu influer sur son esprit.

Il y avait ici des signes de paralysie générale ; aussi devons-nous être circonspect dans le pronostic. Toutefois, grâce au régime et aux moyens mis en usage, tels que saignées générales, ventouses à la nuque, sétons, pédiluves sinapisés, tisanes tempérantes, purgatifs et juleps calmants, l'agitation s'apaise ; et Paulus, à l'exception d'un peu d'étonnement qui n'est peut-être qu'apparent, à cause de son tempérament, recouvrera sa santé morale. Environ le 10 juillet on l'a fait tresser de la paille, et depuis trois semaines il travaille à la buanderie. Le 17 août, son certificat de sortie a été signé.

Gylas, admis dans la section de M. Voisin le 13 août, est un peintre âgé de trente-quatre ans. Il vit avec une femme qu'il devait épouser. Celle-ci raconte qu'il a éprouvé une forte attaque de choléra, et qu'à la suite de cette attaque, pour laquelle il a reçu les secours de M. Naudin, les fonctions digestives ont été constamment troublées. Il commençait toutefois à se calmer lorsqu'un écart forcé de régime dans une noce, celle de son frère, à laquelle il ne pouvait se dispenser d'aller, semble avoir

provoqué l'explosion de la folie. La douleur, la fièvre se sont emparées de lui, et il a été conduit à Beaujon le 11, en proie à une agitation convulsive. Deux jours après, on le transféra à Bicêtre. Sa physionomie est vultueuse et égarée; il y a de l'incohérence dans ses propos. Parfois il se met en colère, pousse des cris aigus, et, s'imaginant voir des corps voltiger au-dessus de lui, fait des efforts pour les saisir. Depuis hier mon collègue, M. Moreau, qui remplace en ce moment M. Voisin, lui prescrit la limonade tartrique et une solution d'extrait d'haschisch dans du café. Le résultat ne pourra être apprécié que dans quelques jours. Le pouls est normal.

Nous rapprocherons enfin des observations qui précèdent un dernier cas, celui d'un jeune homme qui, sans autre cause appréciable, fut soudainement atteint, presque aussitôt après la guérison du choléra, de véritables attaques épileptiques. Ce malade, nommé Lagneaux, âgé de vingt-quatre ans, célibataire, est natif de Laon, exerce le métier de serrurier à Paris, et réside rue du Faubourg-Poissonnière, 128. Sa santé paraît excellente, et il affirme n'avoir jamais été sujet au mal caduc. Il y a deux mois que le choléra a débuté. Des soins lui ont été prodigués à Saint-Louis pendant un mois, et c'est le lendemain de sa sortie de cet hôpital qu'ont éclaté les accès qui l'ont forcé d'y rentrer, et par suite desquels il a été transféré à Bicêtre, le 30 juillet. Les attaques sont complètes, violentes, et se reproduisent invariablement trois ou quatre fois par jour. Elles donnent lieu à une sorte de stupeur passagère et à un engourdissement douloureux et permanent de toute la tête. Des saignées fréquentes, quelques bains de vapeur, la potion ammoniacale de M. Delanglard, ont été sans résultat. Soumis chez nous à un régime sévère et à l'usage de la valériane et de la belladone, le malade a vu ses accès diminuer de fréquence; souvent il n'en a qu'un par jour; deux jours même en ont été exempts, mais ils sont loin d'avoir cessé. Nous n'avons pas, du reste, élevé la dose de la belladone au delà de 15 centigr., à cause du déran-

gement intestinal qui s'en est suivi, et qui même nous a engagé à en suspendre momentanément l'emploi.

Qu'une affection qui modifie aussi profondément la constitution du sang que le choléra puisse laisser sur le cerveau des traces capables de produire un développement consécutif d'accidents nerveux, soit la folie ou l'épilepsie, il n'y a rien qui doive surprendre. Pareil effet s'observe dans d'autres circonstances analogues. La folie, l'épilepsie même ne surviennent-elles pas dans la période de convalescence des fièvres typhoïdes, des fièvres intermittentes? Ne sont-elles pas la conséquence de certaines maladies éruptives contagieuses, de certaines diathèses et intoxications?

La forme ne fut pas la même chez tous. Tandis que chez deux l'aliénation avait toute l'apparence d'une paralysie générale, chez les autres elle prit le caractère du délire mélancolique ou de la manie. Mais ce qui est digne d'attention, c'est sa bénignité. Des sept malades admis en traitement, cinq sont sortis dans un espace fort court, et le dernier n'est entré que depuis quelques jours.

Quant à l'épileptique, bien que la maladie dont il est atteint soit de sa nature à peu près incurable, les conditions particulières dans lesquelles elle s'est produite permettent également d'espérer une issue favorable.

Nous ne pousserons pas plus loin ces remarques. Il n'est pas nécessaire de multiplier des réflexions qui naissent d'elles-mêmes, quand les faits, comme ceux que nous avons relatés, portent avec eux leurs commentaires.

NOTA. Cette note, lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 17 août 1849, a provoqué une discussion dans laquelle plusieurs membres, M. Brierre de Boismont entre autres, ont déclaré avoir constaté quelques faits analogues dans la grande épidémie de 1832.

M. Cazeaux, à son tour, a signalé le cas fort curieux de deux malades

reçus presque en même temps à l'hôpital de la Charité, et chez lesquels le choléra a été suivi d'une paralysie des avant-bras.

Enfin, au moment où ces lignes sont sous presse (29 août 1849), il nous est arrivé d'un des hôpitaux de Paris un nouveau malade qui présente tous les symptômes d'une manie suraiguë. L'époque d'invasion du choléra et les phases de la maladie mentale ne nous étant point connus, empêchent de porter un pronostic précis. Ce qui nous le ferait considérer comme fâcheux, bien que le pouls soit normal, c'est la prostration extrême et la sécheresse de la langue, indices d'une grave altération matérielle.

L'aliéné Gylas, de la section de M. Voisin, dont il est question plus haut, se trouve mieux, sans être guéri. On a suspendu l'emploi du haschish pour s'en tenir aux boissons rafraichissantes et aux bains.

Médecine légale.

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

SUR

UN CAS D'INTERDICTION,

PAR

M. LE D^r PARCHAPPE,

Inspecteur général des établissements d'aliénés.

Je soussigné, docteur en médecine, inspecteur général des établissements d'aliénés, membre correspondant des Académies de médecine de France et de Belgique, et de l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Rouen, ex-médecin en chef de l'asile des aliénés de la Seine-Inférieure,

Consulté sur la question de savoir si madame veuve Houdelière est dans l'état habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur, qui doit, d'après l'article 489 du Code civil, motiver l'interdiction,

Après avoir examiné madame veuve Houdelière, et après avoir pris connaissance de divers documents juridiques qui m'ont été communiqués, répons à cette question par la délibération suivante :

Appréciation de l'état actuel de madame Houdelière, d'après un examen médical fait les 9 et 10 mai 1849.

Madame Houdelière est atteinte d'une hémiplegie incomplète du côté droit.

La paralysie ne porte que sur le mouvement.

Le mouvement est aboli dans la main et les doigts, qui sont contractés, — affaibli dans l'avant-bras et le bras.

Le mouvement est affaibli dans la jambe et le pied.

Le mouvement n'est altéré ni dans la face ni dans la langue.

La sensibilité est partout intacte.

Madame Houdelière articule et prononce très nettement un certain nombre de mots : *Oui*, *non*, *à merveille*, *demain*, *ma fille*, etc.; mais elle ne peut prononcer de suite qu'un petit nombre de mots, et le plus grand nombre des mots ne peut être ou trouvé ou prononcé par elle au moment où elle en a besoin pour exprimer ses idées.

Madame Houdelière a la vue faible; elle ne peut pas lire. Elle ne sait écrire de la main gauche que son nom, et elle a actuellement plus de peine que par le passé à signer.

Sa physionomie est intelligente, expressive.

Elle comprend les questions qu'on lui adresse sur toute sorte de sujets. Si la question est de nature à être tranchée par *oui* ou *non*, elle répond immédiatement et avec justesse.

Il en est encore de même si deux ou trois mots, appartenant à ce qu'on pourrait appeler son vocabulaire, peuvent constituer une réponse convenable. Mais, le plus souvent, elle ne peut répondre par des paroles suivies. Alors elle cherche à s'aider du geste, et si l'interlocuteur ne vient pas à son aide, elle s'impatiente, son visage se colore, elle fait effort pour parler, et articule des mots sans suite; elle se fâche, ou s'attriste et pleure. Si, au contraire, l'interlocuteur cherche avec patience et bienveillance à lui faciliter l'expression de sa pensée en décomposant la question, ou en lui donnant une forme qui permette une réponse affirmative ou négative, alors elle parvient à faire connaître, par paroles et par signes, sa pensée et sa volonté, et elle se montre satisfaite qu'on l'ait comprise.

Voici quelques exemples empruntés à ma conversation avec madame Houdelière :

Demande : Comment vous portez-vous ? — *Réponse* : A mer-

veille. — *D.* Avez-vous bien dormi? — *R.* Oui. — *D.* Étiez-vous déjà venue à Paris? — *R.* Oui. — *D.* Combien de fois êtes-vous venue à Paris? — *R.* Deux. (Et elle montre deux doigts.) — *D.* Quel âge avez-vous? — Elle cherche à répondre et ne peut en venir à bout; elle rougit; elle me montre plusieurs fois les doigts écartés de sa main. Je lui dis: Ne vous troublez pas; nous viendrons à bout de nous entendre. — *D.* Avez-vous plus de soixante ans? — *R.* Oui. — Avez-vous plus de soixantedix ans? — *R.* Oui. (Et elle me montre les doigts de sa main.) — *D.* Vous avez donc soixante-quinze ans? — *R.* Non. (Et elle me montre un doigt de sa main.) — *D.* C'est soixante-seize ans que vous avez? — *R.* Oui, oui. (Et elle affirme de la tête en même temps qu'elle exprime sa satisfaction.) — Je lui fais remettre une poignée d'argent, je lui dis: Donnez-moi 22 fr. 50 c.? Elle rassemble quatre pièces de 5 fr., deux pièces de 1 fr. et une pièce de 50 c., et me les remet.

Dans les nombreuses épreuves auxquelles j'ai soumis deux jours de suite madame Houdelière pour m'assurer de l'état de son intelligence, je n'ai pu constater aucune trace de trouble ou d'affaiblissement dans ses facultés intellectuelles, et j'ai reconnu qu'elle était en pleine possession de sa raison et de sa volonté.

De l'ensemble de ces faits il résulte, en ce qui concerne l'aptitude de madame Houdelière à la réalisation de la vie de relation :

Qu'elle jouit de la plénitude de ses sens;

Qu'elle a l'usage de sa raison et de sa volonté;

Qu'elle peut marcher à l'aide d'un appui;

Qu'elle peut se servir d'un bras pour signer son nom, pour manger, boire;

Qu'elle peut exprimer son assentiment et son dissentiment par la parole;

Que, pour l'expression de sa pensée et de sa volonté, elle éprouve des difficultés très grandes, n'ayant dans la parole qu'une ressource très bornée et très précaire, mais pouvant

suppléer au défaut de la parole par l'expression du visage et par le geste.

Cet état de madame Houdelière n'est pas sans exemple dans la science. J'ai eu plusieurs fois l'occasion de l'observer.

Il constitue une infirmité résultant d'une hémorrhagie cérébrale ancienne. Les effets permanents d'une hémorrhagie cérébrale guérie sont très variables, suivant le siège, la quantité de l'épanchement, et le degré d'altération de son foyer. Très fréquemment on rencontre la conservation des facultés intellectuelles chez les hémiplegiques. La science peut rendre compte de ce fait et aussi de toutes les variations principales que peuvent présenter les altérations fonctionnelles du cerveau.

D'après les résultats de mes recherches, la coïncidence d'une altération plus ou moins profonde de la faculté de parler avec l'intégrité des facultés intellectuelles dans l'hémiplegie qui se produit à la suite d'une hémorrhagie cérébrale, est déterminée en fait et s'explique en théorie par l'extension du siège de l'hémorrhagie à la substance blanche des lobes antérieurs du cerveau, et par l'intégrité de la couche corticale cérébrale. Il doit en être ainsi chez madame Houdelière.

*Appréciation de l'état antérieur de madame Houdelière,
d'après les documents qui m'ont été soumis.*

Le docteur Forcinal, dans un certificat du 20 janvier 1849, déclare connaître madame Houdelière depuis environ douze ans, et s'exprime ainsi :

« Dès les premiers temps où nous nous sommes rencontré avec cette dame, elle était hémiplegique depuis plusieurs années, ne prononçait que très difficilement, et ne répondait aux questions qui lui étaient adressées que très brièvement ou par monosyllabes ; mais toujours ses réponses étaient justes et adaptées au sujet.

» Nous avons revu madame Houdelière plusieurs fois depuis, et même encore il y a peu de jours, sans avoir remarqué qu'il

se fût manifesté en elle aucun changement sous le rapport de l'état intellectuel. Toujours la même difficulté pour s'exprimer, mais toujours aussi le même jeu de la physionomie, la même vivacité du geste pour suppléer à ce que la langue ne peut exprimer.

« Il ne faut pas confondre la possession des facultés intellectuelles avec l'usage de ces mêmes facultés. On voit des gens chez lesquels l'usage survit à la possession, et d'autres chez lesquels la possession survit à l'usage.

« Pour nous résumer, nous attestons que madame Houdelière, quoique privée du libre usage de ses facultés intellectuelles, nous paraît les posséder dans leur plénitude; c'est ce que prouvent ses réponses brèves, mais justes, la vivacité de ses gestes et le jeu expressif de sa physionomie, toujours en rapport avec les émotions agréables ou désagréables qu'elle éprouve. »

Le docteur Mazier, médecin de l'hospice civil de l'Aigle, atteste, dans son certificat du 16 janvier 1849 :

« Que madame Houdelière a éprouvé dans un âge peu avancé une attaque de paralysie qui a frappé le système locomoteur d'un côté et les fonctions de relation.

« Dans cette paralysie, l'intelligence est intacte, la volonté entière et complètement libre; mais les moyens de communiquer cette volonté, la parole surtout n'est pas seulement gênée dans la prononciation; les mots ne peuvent plus être trouvés pour exprimer les idées. Cela n'empêche pas les personnes ainsi frappées dans leurs fonctions de relation de faire comprendre et de faire exécuter leur volonté par signes et autres moyens que le besoin met à leur disposition.

« Il n'est pas rare même de voir des personnes ainsi paralysées posséder des moyens de transmettre leurs idées avec autant de précision que s'il leur était possible de parler.

« Les idées, l'intelligence des choses, des affaires, sont une fonction du cerveau; communiquer ces idées aux autres, les

émettre avec facilité, avec une précision plus ou moins prononcée, est une autre fonction de ce même organe, entièrement distincte de la précédente.

« L'une de ces fonctions peut être détruite sans que l'autre en souffre même légèrement.

« C'est la dernière de ces fonctions qui a été blessée chez madame veuve Houdelière. La première est intacte. »

De nombreux certificats attestent que, depuis un grand nombre d'années jusqu'à une époque récente, le mois de janvier 1849, madame Houdelière a pu prendre et a réellement pris une part constante à tous les actes de la vie commune qui réclament l'usage d'une intelligence saine, et a su diriger sa vie et ses intérêts de manière à faire juger par tous qu'elle avait une volonté éclairée par la raison.

Telle était, sans aucun doute, l'appréciation de l'officier ministériel, qui, dans des actes notariés de vente et d'acquisition, a admis maintes fois, et à diverses époques, l'intervention personnelle de madame Houdelière.

Les fournisseurs habituels de madame Houdelière : sa couturière, madame Renard ; sa marchande de modes, madame Rattour ; son boucher, M. Leroy ; son ferblantier, M. Mol, attestent que, depuis un grand nombre d'années, madame Houdelière leur fait elle-même ses commandes et en règle et solde intelligemment le prix.

Les époux Cousinard, qui fournissent depuis quinze ans de l'épicerie à madame Houdelière, s'expriment ainsi :

« ... Toujours ma femme et moi, dans nos relations fréquentes avec cette dame, nous avons reconnu qu'elle entendait et comprenait parfaitement tout ce qui était relatif à ses intérêts ; nous n'avons peut-être pas fait un seul marché avec elle sans acquérir chaque fois une preuve nouvelle de cette intelligence. Par exemple, s'il s'agit d'une brique de savon ou d'un pain de sucre, elle sait fort bien faire comprendre que ces objets ne valent que tel prix, qu'elle ne veut pas en donner davantage, et

enfin la différence ne fût-elle que d'un liard ou deux, elle menace d'aller se fournir ailleurs, ce qu'elle ferait assurément si on ne lui faisait pas la concession qu'elle exige... »

M. Gueffe, propriétaire, ex-maire de la Neuve-Lyre, membre du conseil d'arrondissement, s'exprime en ces termes :

« Madame Houdelière a toujours, à ma connaissance, depuis qu'elle a été frappée de paralysie, et malgré la difficulté qu'elle éprouve à s'exprimer depuis cet accident, conservé toutes ses facultés intellectuelles, et dirigé ses affaires avec ordre et économie... »

M. Legrain, géomètre-arpenteur, atteste qu'appelé par madame Houdelière comme son géomètre, il a toujours reconnu en elle l'intelligence nécessaire pour le soin de ses affaires. « Malgré la difficulté de prononciation qu'éprouve cette dame, elle est toujours parvenue à me faire comprendre ce qu'elle désire. »

M. Maillot, curé de la Neuve-Lyre, certifie que madame Houdelière a été choisie par tous les membres de la fabrique de la Neuve-Lyre pour être marraine d'une cloche qui a été baptisée en 1839; qu'alors elle jouissait de toutes ses facultés intellectuelles tout aussi bien qu'aujourd'hui. Seulement elle éprouve de la difficulté pour s'exprimer.

Trois marguilliers confirment cette attestation.

M^e Rousselet, avocat à l'Aigle, faisant allusion aux rapports qu'il a eus pour affaires avec madame Houdelière, de juin à octobre 1848, dit :

« J'ai reconnu que cette dame a très bien compris tout ce que j'ai dit devant elle, et les quelques paroles qu'elle a pu prononcer devant moi — malgré sa paralysie, — son geste et le jeu de sa physionomie, m'ont convaincu qu'elle a conservé toute la présence de son esprit, et que sa volonté est convenablement éclairée. »

Ces divers documents établissent, en ce qui concerne l'aptitude intellectuelle de madame Houdelière, pour la période de

sa vie antérieure à mon examen, un état tout à fait semblable à celui que cet examen m'a permis de constater; et, de plus, ils établissent qu'en fait cette aptitude, pour se réaliser conformément aux exigences ordinaires de la vie, n'a pas rencontré un obstacle insurmontable dans la difficulté qu'éprouve madame Houdelière à exprimer par la parole sa pensée et sa volonté.

L'état de madame Houdelière et les diverses particularités qui s'y rattachent permettent de comprendre et d'expliquer comment, sur la question d'interdiction, deux jugements fort différents ont pu être prononcés: l'un par le conseil de famille, qui n'a admis que l'utilité d'un conseil judiciaire; l'autre par le tribunal civil d'Évreux, qui a prononcé l'interdiction.

Le conseil de famille s'est appuyé sur la connaissance personnelle que chacun de ses membres avait de l'état de madame Houdelière, et de l'ensemble des faits de sa vie dans le lieu où elle s'accomplit.

Le tribunal s'est surtout appuyé sur les résultats de deux interrogatoires imposés dans des solennités judiciaires à une personne qui ne peut pas parler.

Ainsi, les membres du conseil de famille sont tous d'avis qu'il soit donné un conseil judiciaire à madame Houdelière; aucun ne la juge imbécile et dans le cas de l'interdiction.

Délibération du conseil de famille du 23 juillet 1847.

Sont d'avis: M. Fournier-Anquetin, propriétaire et épicier à Rugles:

Que l'état physique et moral de madame Houdelière ne lui permet pas d'administrer sa fortune.

M. Philémon Fouquet, propriétaire, ancien maire et membre du conseil général de l'Eure, chevalier de la Légion d'honneur:

Que madame Houdelière, vu l'état où elle se trouve, est dans l'impossibilité d'administrer ses biens.

Pourquoi il est d'avis qu'il lui soit donné un conseil d'administration.

M. Baraguay-Penot, propriétaire et négociant à Rugles :

Que l'état physique de madame Houdelière ne lui permet pas d'administrer seule ses biens, et il vote pour un conseil judiciaire.

Il pense, au surplus, qu'elle jouit de ses facultés intellectuelles.

M. Baraguay-Fouquet, propriétaire et négociant à Rugles :

Que madame Houdelière n'est pas capable d'administrer ses biens, vu son état de paralysie, et qu'il y a lieu d'y pourvoir.

M. Benoît Bordeaux, docteur en médecine :

Que, dans l'état où il a vu madame Houdelière, elle est complètement incapable d'administrer sa fortune.

M. Dupin de Grandpré, propriétaire et receveur de l'enregistrement à Rugles :

Que, d'après l'entretien qu'il a eu avec madame Houdelière et les renseignements obtenus, il est d'avis que cette dame, jouissant de ses facultés intellectuelles, est en état d'administrer ses biens, malgré la paralysie dont elle est atteinte depuis environ trente ans ; mais cependant que, vu cet état de paralysie, il serait utile, dans l'intérêt de qui de droit, de lui adjoindre un conseil.

Le juge de paix exprime son opinion en ces termes :

« J'ai pris des renseignements auprès des personnes les plus dignes de foi. J'ai conversé avec cette dame, et l'ai fait entrer dans une foule de détails sur l'administration de ses biens et sur les habitudes de sa vie... Madame Houdelière s'énonce avec une difficulté extrême, à tel point que, sans l'aide de M. Mulson, mon deuxième suppléant, qui la connaît particulièrement, j'aurais eu bien de la peine à la comprendre. Mais, quant à ses facultés intellectuelles, je ne me suis nullement aperçu que la paralysie les ait atteintes ; rien, dans son langage et dans ses idées, n'annonce l'imbécillité, la démence ou la fureur. J'ai même remarqué en elle une grande énergie de volonté... »

« Je pense qu'il serait utile et sage à madame Houdelière de

se faire aider dans l'administration de sa fortune, administration difficile et compliquée, à laquelle je reconnais que madame Houdelière seule ne saurait suffire. . . »

11 août 1848. — *Jugement du tribunal civil de première instance de l'arrondissement d'Evreux.*

« Attendu que l'interrogatoire subi par madame Houdelière sur sa demande a non seulement confirmé les faits résultant déjà de notre premier interrogatoire, mais y a ajouté et a pleinement justifié les déductions présentées au jugement daté du 17 août 1847 ;

« Attendu que de tous les documents acquis au procès il résulte que madame Houdelière, à raison de son âge et de son état de paralysie, et de l'évidente altération de ses facultés intellectuelles, est réduite à l'état d'imbécillité prévu par l'article 489 du Code civil, sainement entendu et interprété par les auteurs et la jurisprudence ; que, juger autrement, ce serait reconnaître qu'il y aurait dans la loi une lacune qu'aucune raison humaine ne saurait justifier ;

« Sans qu'il soit besoin d'ordonner une enquête, déclare madame Houdelière interdite. »

Les interrogatoires subis par madame Houdelière, tels qu'ils sont consignés dans les documents judiciaires qui m'ont été soumis, porteraient la trace évidente d'une altération des facultés intellectuelles, si les réponses qui y sont écrites avaient été faites par une personne qui fût en possession de la faculté de parler. Mais, pour madame Houdelière, ces réponses sont le résultat nécessaire de l'impuissance d'exprimer ses pensées par la parole, caractère bien constaté et bien connu de son infirmité ; ces réponses ne représentent pas autre chose que cette infirmité elle-même, et elles ne prouvent pas plus contre l'intégrité de la raison de madame Houdelière que, dans un interrogatoire, la constatation d'un mutisme absolu ne prouverait contre l'intégrité de la raison d'un sourd-muet.

Dirigé par une autre méthode, dans d'autres conditions, un interrogatoire de madame Houdelière peut conduire et m'a conduit à reconnaître que son intelligence n'est pas altérée, et qu'il ne lui manque réellement que la faculté d'exprimer facilement et complètement, par la parole, sa pensée et sa volonté. La loi n'a voulu frapper de l'incapacité légale qui correspond à l'interdiction, que l'incapacité réelle, en tant qu'elle résulte du trouble et de l'affaiblissement de la raison, et elle n'offre pas de lacune; car là où manquent les conditions essentielles de cette incapacité, qui seules peuvent motiver l'interdiction, elle a ouvert, comme ressource et garantie, la protection et l'assistance d'un conseil judiciaire.

Conclusions.

De cette appréciation de l'état actuel de madame Houdelière,
Par un examen de sa personne et de son état antérieur,
Par l'examen des documents qui représentent ses actes,
Je crois être en droit de conclure :

1° En ce qui concerne la question d'interdiction :

Que madame Houdelière, qui jouit de la plénitude de ses sens ;

Qui a l'usage de sa raison et de sa volonté ;

Qui peut exprimer par la parole son assentiment et son dissentiment ;

Qui, pour l'expression de sa pensée et de sa volonté, peut suppléer au défaut de la parole par l'expression de la physionomie et par le geste ;

Qui, pendant un grand nombre d'années, a pu, et aujourd'hui encore, peut diriger sa vie et ses intérêts de manière à faire juger par tous qu'elle a une volonté éclairée par la raison,

N'est pas dans l'état habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur exigé par l'article 489 du Code civil pour motiver l'interdiction.

2° En ce qui concerne la question de l'assistance d'un conseil judiciaire :

Que madame Houdelière, qui éprouve des difficultés très grandes pour faire connaître avec détail sa pensée ;

Qui a besoin, pour obtenir d'être comprise, que ses interlocuteurs lui viennent en aide par la patience et la bienveillance ;

Qui ne peut pas lire et pourtant peut signer ;

Qui a besoin d'être protégée contre toute erreur et toute surprise dans les actes et transactions qu'elle pourrait faire en dehors de l'intervention d'un notaire ou de tout autre agent responsable de l'autorité publique, et qui est réellement incapable de diriger et de réaliser sans assistance l'administration difficile et complexe d'une fortune qui ne manque pas d'importance,

Est dans le cas des circonstances qui, suivant l'article 499, exigent l'assistance d'un conseil judiciaire, et autorisent le tribunal à nommer un conseil judiciaire dans le jugement même qui rejette la demande en interdiction.

Paris, le 15 mai 1849.

PARCHAPPE.

EXAMEN MÉDICO-LÉGAL

D'UN CAS DE MONOMANIE INSTINCTIVE.

Affaire du sergent Bertrand.

PAR

M. le docteur L. LUNIER,

Ancien interne des hôpitaux, membre titulaire de la Société anatomique.

Plusieurs médecins, et parmi eux quelques aliénistes, ont déjà discuté la question psychologique et médico-légale soulevée récemment par les actes monstrueux dont le sergent Bertrand s'est avoué l'auteur. Tout en partageant leur manière de voir pour ce qui regarde l'irresponsabilité morale de l'inculpé, je crois, et je ne suis point le seul de cet avis, que les seuls faits révélés par les débats n'autorisaient point ces médecins à formuler une opinion aussi absolue, et qu'ils auraient dû étayer leurs assertions de l'examen approfondi de l'accusé lui-même, et de la discussion raisonnée des faits contradictoires que cet examen leur eût révélés. N'oublions pas avec quelle difficulté a prévalu la doctrine de la monomanie, et combien encore de nos jours cette folie partielle est niée et méconnue par certains magistrats. Pour conserver le terrain si laborieusement conquis, il ne suffit donc point de dire : Cet homme est aliéné : il faut avant tout le démontrer. J'ai voulu éviter ce reproche. Après avoir lu attentivement tous les faits exposés devant le conseil, et les diverses interprétations qui en ont été données, j'ai visité Bertrand, je l'ai longuement interrogé, sans idée préconçue, et j'ai eu connaissance alors de faits que les débats n'avaient point révélés, et qui m'ont convaincu que cet homme a été, s'il n'est encore

atteint d'une monomanie exclusive de toute responsabilité morale. Je vais essayer de le démontrer.

Bertrand (François), âgé de vingt-cinq ans et demi, né à Voisey, canton de Bourbonne (Haute-Marne), est aujourd'hui sergent dans la 3^e compagnie du 2^e bataillon du 74^e de ligne. Lors de son entrée au service, il y a cinq ans environ, l'accusé était élève au séminaire de Langres, qu'il quitta pour entrer volontairement dans l'armée, avant d'avoir terminé sa philosophie. Loin de se destiner à l'état ecclésiastique, comme on l'a dit devant le conseil, Bertrand m'a affirmé qu'il avait toujours eu l'intention d'embrasser la carrière militaire.

L'inculpé faisait partie de la compagnie hors rang en qualité de secrétaire du trésorier, ce qui, en ne l'assujettissant pas aux appels, lui facilitait les moyens de s'absenter sans autorisation. Du reste, sa conduite au régiment était très régulière; il passait pour un bon sous-officier. Bertrand est d'une taille ordinaire: front découvert, cheveux blonds, yeux d'un bleu clair; il porte de petites moustaches bien soignées. Quand il parut devant le tribunal, il était très pâle, et paraissait en proie à une souffrance intérieure qu'il s'efforçait de comprimer; il n'était pas encore rétabli de ses blessures, et ne marchait que difficilement, appuyé sur des béquilles. Il répondit d'une voix forte et claire aux premières questions qui lui furent adressées par le président (M. le colonel Manselon, du 24^e léger), puis il croisa ses mains sur ses genoux et resta immobile pendant tout le temps que dura la lecture des pièces de l'information. Comme les faits principaux de ce document se retrouvent pour la plupart dans la pièce écrite par l'accusé lui-même, nous n'en donnerons ici qu'un résumé fort succinct.

La première déclaration faite à l'autorité concernait la violation de la sépulture de la fille Gillet, âgée de sept ans et demi, qui avait été inhumée la veille au cimetière d'Ivry. La bière avait été brisée et le cadavre retiré aux trois quarts du cercueil:

le ventre et l'estomac étaient entièrement ouverts de haut en bas, et une partie des intestins sortaient de l'abdomen.

M. Reinas, médecin à Ivry, déclara que plusieurs fois, déjà, il avait été appelé comme expert pour des faits de même nature. Au cimetière du Sud, une petite fille de douze ans avait subi les mêmes mutilations. Peu de temps après, le commissaire de police eut à constater l'exhumation d'une autre jeune fille enterrée depuis trois jours, et d'une femme de trente-huit ans, inhumée depuis huit jours. Ces deux cadavres offraient les mêmes incisions. Des recherches subséquentes conduisirent à d'autres découvertes analogues.

Cependant on ne savait comment découvrir l'auteur de ces profanations, ni même sur qui faire planer les soupçons; on imagina alors une machine infernale qui devait faire explosion au moindre effort. Le 5 novembre 1848, le gardien du cimetière des hospices, qui, la nuit précédente, avait entendu ses chiens aboyer plus fort que de coutume, trouva, à sa tournée du matin, le cadavre d'une femme enterrée la veille, transporté à quelque distance de la fosse. Il était à moitié découvert, et portait à la cuisse gauche une profonde incision, faite avec un instrument peu tranchant. Malgré la reproduction fréquente de pareils faits, la police n'avait pu parvenir à rien découvrir, quand le hasard la mit sur les traces du coupable, qui, en qualité de militaire, a comparu devant ses juges naturels du conseil de guerre.

Après la lecture des pièces de l'information, on procéda à l'interrogatoire de l'accusé; nous en reproduirons les points les plus importants :

D. A la suite de quelle sensation vous livriez-vous à ces sortes d'excès ?

R. Je ne sais pas; je ne puis dire ce qui se passait en moi.

D. Vous avouez tous les faits ?

R. Je reconnais m'être rendu coupable de toutes les profanations de sépulture dont on m'accuse. J'ai été blessé dans la nuit

du 15 au 16 mars dernier par un coup de feu, en sautant par-dessus la cloison en planches du cimetière du Mont-Parnasse, où je voulais m'introduire pour y fouiller de nouvelles sépultures. Ce coup de feu m'obligea de m'enfuir. Je me rendis à l'hôpital du Val-de-Grâce, pour me faire soigner des blessures que j'avais reçues. Je déclarai tout ce que j'avais fait à M. le chirurgien-major, Marchal (de Calvi).

D. Ainsi, vous reconnaissez bien être l'auteur des violations qui ont eu lieu en février 1847, à Bléré, près Tours; en juin, même année, au cimetière de l'Est; en juillet et août 1848, au cimetière du Sud; le 25 août, au cimetière d'Ivry; en septembre, une deuxième fois au même cimetière; et en décembre, au même lieu, sur plusieurs cadavres?

R. Toutes ces dates sont exactes ou à peu près. Quand je m'introduisais dans un cimetière, c'était une rage, une folie qui me poussait. Il m'est arrivé de déterrer dans la même nuit de dix à quinze cadavres, et après les avoir mutilés, je les remettais en place.

D. Quel était votre motif ou votre but, pour violer ainsi des sépultures, et vous porter à des actes horribles?

R. Je n'avais aucun but; j'éprouvais le besoin irrésistible de la destruction, et rien ne m'arrêtait pour me lancer dans un cimetière, afin d'y assouvir cette espèce de rage de mutiler les cadavres, mais sans m'occuper ni *sans rechercher le sexe*. Je ne puis encore aujourd'hui me rendre compte des sensations que j'éprouvais en éparpillant les lambeaux de ces cadavres.

D. Avec quel instrument commettiez-vous les incisions et les lacérations des membres?

R. Le plus souvent avec mon sabre-poignard, et d'autres fois avec un couteau ou un canif.

D. Comment parveniez-vous à déterrer les corps?

R. Froidement. Avec mes propres mains, ou avec le premier instrument que je trouvais près de moi. J'avais quelquefois les mains en sang, *je ne sentais les douleurs que le lendemain*.

D. Que se passait-il en vous après avoir assouvi votre passion ?

R. Je me retirais en proie à une fièvre qui me rendait tout tremblant ; puis j'éprouvais le besoin de prendre du repos. Je dormais plusieurs heures consécutives n'importe où ni en quel lieu. Pendant cet assoupissement, j'entendais tout ce qui se passait autour de moi.

D. Comment expliquez-vous cette préférence à choisir, pour vos horribles mutilations, des cadavres de femmes plutôt que ceux des hommes ?

R. Je ne choisisais pas ; il est vrai que j'ai déterré plus de femmes que d'hommes.

D. N'étiez-vous pas, dans ces actes, dirigé par un sentiment autre que celui de la destruction des cadavres ?

R. Non, mon colonel.

D. Il est bien extraordinaire que vous cherchiez toujours à assouvir votre passion sur des morts, et jamais sur des êtres vivants ?

R. C'est une maladie chez moi : depuis que je suis à l'hôpital, je n'en ai pas eu d'atteinte ; mais je ne sais si je serai complètement guéri quand je sortirai de cette affaire.

D. Un témoin a dit dans l'instruction que le cadavre d'une jeune fille avait été *môchonné* : est-ce que vous attaquiez les cadavres avec les dents ?

R. Non, monsieur le président ; je n'ai jamais fait usage de mes dents. Le témoin a voulu dire que les corps déchirés par le couteau mal affilé ou par mon sabre laissaient dans les deux parties séparées des déchirures incorrectes qui faisaient comme si des rats avaient mordu ces parties.

D. Lorsque vous ouvriez les cadavres, ne plongiez-vous pas les mains dans l'intérieur ?

R. *Toujours avec impassibilité et sur le ton le plus calme.* Oui, colonel, j'y mettais les mains pour en arracher les entrailles, et souvent j'allais jusqu'aux régions supérieures, d'où j'arrachais le foie. (Mouvement d'horreur dans l'auditoire.)

D. Mais de semblables actes devaient vous faire horreur à vous-même ? Est-ce que vous n'éprouviez pas un sentiment qui vous fit comprendre toute l'énormité odieuse de vos actes ?

R. Oui, certainement, et plus que tout autre j'éprouvais ce sentiment, mais je ne pouvais m'empêcher de recommencer au péril de ma vie. Ainsi, je savais que la machine existait pour m'atteindre et me donner la mort ; je n'en ai pas moins franchi le mur. Une autre fois, cette machine a raté ; j'aurais pu la prendre et l'emporter, mais je me suis contenté de la démantibuler d'un coup de pied. Je suis entré dans le cimetière, où j'ai déterré plusieurs cadavres. C'était un soir qu'il faisait une nuit profonde ; le temps était horrible, il pleuvait et tonnait très fort. En sortant du cimetière du Mont-Parnasse, je me suis rendu au cimetière d'Ivry, où j'ai commis les mêmes actes, et je suis rentré au Luxembourg vers trois ou quatre heures du matin.

D. Est-ce que jamais vous ne vous êtes demandé à quoi servait cette destruction de cadavres déjà anéantis ?

R. Quand ma maladie se déclarait, j'éprouvais, sans m'en rendre compte, ce besoin de détruire.

D. Et cette maladie, vous prenait-elle souvent ?

R. Environ tous les quinze jours ; elle s'annonçait par des maux de tête.

D. Eprouviez-vous les mêmes désirs en voyant des animaux morts ?

R. Non, mon colonel, je n'éprouvais rien.

D. Depuis que vous êtes à l'hôpital, avez-vous éprouvé ces affreux désirs ?

R. Non, mon colonel. Et je suis sûr maintenant d'être complètement guéri. J'avais vu des cadavres froidement... sans trembler... je n'avais vu mourir personne. Depuis que je suis à l'hôpital... plusieurs de mes camarades sont morts près de moi... Ah ! je suis guéri, car aujourd'hui j'ai peur d'un mort. (Vive et profonde sensation.)

Après cet interrogatoire, on procède à l'audition des témoins.

M. Marchal (de Calvi), dans le service duquel se trouve la salle des consignés où avait été transféré Bertrand, raconte comment, après avoir obtenu la confiance de l'accusé, il l'avait décidé à écrire les faits dont il s'était rendu coupable et les sensations qu'il avait ressenties. Sur la demande du défenseur, et avec le consentement de Bertrand, M. Marchal donne lecture de cette pièce écrite entièrement de la main de l'inculpé :

« Dès l'âge de sept ou huit ans, on remarqua en moi une espèce de foie, mais elle ne me portait à aucun excès. Je me contentais d'aller me promener dans les endroits les plus sombres d'un bois, où je restais quelquefois des journées entières dans la plus profonde tristesse.

« Ce n'est que le 23 ou le 25 février 1847 qu'une espèce de fureur s'est emparée de moi, et m'a porté à accomplir les faits pour lesquels je suis en état d'arrestation. Voici comment cela est arrivé.

« Étant allé un jour me promener à la campagne avec un de mes camarades, nous passâmes devant un cimetière ; la curiosité nous y fit entrer. Une personne avait été enterrée la veille ; les fossoyeurs, surpris par la pluie, n'avaient pas entièrement rempli la fosse, et avaient de plus laissé les outils sur le terrain. A cette vue, de noires idées me vinrent ; j'eus comme un violent mal de tête, mon cœur battait avec force, je ne me possédais plus. Je prétextai un motif pour rentrer tout de suite en ville. A peine débarrassé de mon camarade, je retourne au cimetière. Je m'empare d'une pelle, et je me mets à creuser la fosse.

« Déjà j'avais retiré le corps mort, et je commençais à le frapper avec la pelle, que je tenais à la main, avec une rage que je ne puis encore m'expliquer, quand un ouvrier qui travaillait tout près se présenta à la porte du cimetière : l'ayant vu, je me couchai à côté du mort, où je restai quelques instants ; m'étant ensuite levé, je ne vis plus personne, l'individu était allé prévenir les autorités. Je me hâtai alors de sortir de la fosse, et

après avoir recouvert le corps entièrement de terre, je me retirai en sautant le mur du cimetière. J'étais tout tremblant, une sueur froide me couvrait le corps. Je me retirai dans un petit bois voisin, où, malgré une pluie froide qui tombait depuis quelques heures, je me couchai au milieu des arbrisseaux. Je restai dans cette position depuis midi jusqu'à trois heures du soir, dans un état d'insensibilité complète.

» Quand je sortis de cet assoupissement, j'avais les membres brisés et la tête faible.

» La même chose m'arriva dans la suite, après chaque acte de folie.

» Deux jours après, je suis retourné au cimetière, non plus de jour, mais à minuit, par un temps pluvieux; n'ayant pas trouvé d'outils, je creusai entièrement la même fosse avec mes mains. J'avais les doigts en sang, mais je ne sentais pas la douleur. Je retirai le corps, je le mis en pièces, après quoi, je le jetai dans la fosse, que je remplis entièrement de la même manière que je l'avais creusée.

» Quatre mois s'étaient écoulés depuis ce dernier attentat : pendant cet espace de temps, j'avais été tranquille. Nous étions rentrés à Paris; je croyais ma folie passée, quand des amis m'engagèrent à aller visiter avec eux le cimetière du Père-Lachaise. Les allées sombres de ce cimetière me plurent. Je résolus d'y venir m'y promener dans la nuit. J'y entrai en effet à neuf heures du soir en escaladant le mur; je me promennai à peu près une demi-heure agité des plus noires idées. Je me mis ensuite à déterrer un mort, toujours sans outils. Je me fis un jeu de le mettre en pièces; ensuite je me retirai hors de moi. C'était au mois de juin.

» Les choses allèrent de la sorte pendant à peu près douze ou quinze jours, après lesquels je fus surpris par deux gardiens du cimetière qui furent sur le point de faire feu sur moi; mais comme j'avais toujours eu soin de recouvrir les corps que j'avais mutilés, on ne s'était aperçu de rien et il me fut facile de me

tirer d'affaire, en disant qu'étant un peu ivre j'étais entré au cimetière, que je m'étais couché sous un arbre où je m'étais endormi jusqu'à cette heure. Ils me firent sortir sans me demander autre chose.

» Le danger que je venais de courir produisit sur moi une telle impression, que je restai sept ou huit mois sans retourner au cimetière.

» Les affaires de février 1848 survinrent. A partir de ce jour le régiment ne fit que voyager et ne rentra à Paris qu'aux journées de juin; m'étant trouvé détaché dans un village aux environs d'Amiens, je ne suis arrivé à Paris que le 17 juillet.

» Après quelques jours de repos, le mal me revint plus violent que jamais. Nous étions au camp d'Ivry; pendant la nuit, les sentinelles étaient plus rapprochées et leur consigne était sévère; mais rien ne pouvait m'arrêter. Je sortais du camp toutes les nuits pour aller au cimetière du Mont-Parnasse, où je me livrais à de grands excès.

» La première victime de ma fureur fut une jeune fille dont je dispersai les membres après l'avoir mutilée. Cette profanation eut lieu vers le 25 juillet.

» Depuis, je ne suis retourné que deux fois dans ce cimetière où il était très difficile de pénétrer. La première fois, à minuit, par un clair de lune magnifique, je vis un gardien qui se promenait dans une allée, un pistolet à la main; j'étais perché sur un arbre, près du mur d'enceinte et sur le point de descendre dans le cimetière; il passa tout près de moi et ne me vit pas. Quand il se fut éloigné, je sortis sans rien faire. La seconde fois, je déterrai une vieille femme et un enfant, que je traitai de la même manière que mes autres victimes. Il m'est impossible de me rappeler les dates de ces deux derniers attentats. Tout le reste se passa dans le cimetière où sont enterrés les suicidés et les personnes mortes aux hôpitaux.

» Le premier individu que j'exhumai dans ce lieu fut un noyé auquel je ne fis qu'ouvrir le ventre. C'était vers le 30 juillet.

« Il est à remarquer que je n'ai jamais pu mutiler un homme ; je n'y touchais presque jamais , tandis que je coupais une femme en morceaux avec un plaisir extrême... Je ne sais à quoi attribuer cela.

« Du jour de l'exhumation du cadavre dont je viens de parler au 6 novembre 1848, je déterrai et mutilai quatre morts, deux hommes et deux femmes. Celles-ci avaient au moins soixante ans. Je ne puis fixer au juste l'époque de ces exhumations ; elles eurent lieu à peu près de quinze en quinze jours.

« Le 6 novembre, à dix heures du soir, on me tira un coup de pistolet au moment où j'escaladais la clôture du cimetière. Je ne fus pas atteint. Ce fait ne me découragea pas ; je me couchai sur la terre humide et je dormis environ deux heures par un froid rigoureux. Je pénétrai de nouveau dans le cimetière et je déterrai le corps d'une femme noyée que je mutilai.

« A dater de ce jour, jusqu'au 15 mars 1849, je ne suis retourné que deux fois au cimetière, une fois du 15 au 20 décembre, et l'autre au commencement de janvier. Ces deux fois encore j'ai essuyé deux coups de feu : le premier, qui m'a été tiré à bout portant, a fait balle et a traversé ma capote à hauteur de la ceinture, derrière le dos, sans me toucher ; le deuxième coup ne m'atteignit pas non plus. En vérifiant la position de l'arme, je remarquai qu'elle était placée de manière à frapper en plein dans la poitrine. Je me sauvai de ces deux coups de feu comme par miracle ; le fil de fer qui barrait le passage, ne se trouvant pas assez tendu, me permit de dépasser l'arme avant qu'elle fit feu.

« De la première quinzaine de janvier 1849 au 15 mars, je n'avais ressenti aucune nouvelle attaque de folie ; j'éprouvais même de l'éloignement pour ce qui avait fait si longtemps mon bonheur, si je puis parler de la sorte, quand mon malheur voulut que je passasse devant le cimetière Mont-Parnasse.

« La curiosité plutôt que l'envie de fuir du mal me fit escalader la clôture, et c'est en sautant dans le cimetière que j'ai

reçu le coup qui m'a conduit à l'hôpital. Je suis certain que si j'avais été manqué cette fois, je ne serais jamais retourné de ma vie dans un cimetière; j'avais perdu toute ma hardiesse.

» Dans les commencements, je ne me livrais aux excès dont j'ai parlé qu'étant un peu pris de vin. Dans la suite je n'eus plus besoin d'être excité par la boisson, la contrariété seule suffisait pour me pousser au mal.

» On pourrait croire après tout cela que j'étais également porté à faire du mal aux vivants. C'est le contraire, j'étais très doux à l'égard de tout le monde, je n'aurais pas fait de mal à un enfant. Aussi suis-je certain de n'avoir pas un seul ennemi au 74^e de ligne. Tous les sous-officiers que je fréquentais m'estimaient pour ma franchise et ma gaieté. » (Mouvement dans l'auditoire.)

Après la lecture de cette pièce, qui a produit sur l'auditoire une vive impression, M. Marchal (de Calvi) continue ainsi sa déposition :

« Cette note, Messieurs, dit-il, est incomplète. Il est de l'intérêt de l'accusé qu'aucun détail ne soit dissimulé, quelque horrible que puisse être ce détail. Bertrand l'a senti, et ne pouvant se décider à parler lui-même, il m'a prié de compléter ses aveux à cette audience. A tant d'horreurs j'ajoute un excès d'horreur. La monomanie destructive s'est compliquée d'une autre, comme cela arrive fréquemment, à laquelle la science donne un nom spécial. Cette monomanie s'est produite; mais il est essentiel de faire remarquer que c'est assez longtemps après les premières mutilations, à titre d'aggravation de cet horrible état mental. Je crois pouvoir me dispenser d'entrer dans des détails minutieux sur les faits nouveaux dont il s'agit. J'ai cru un instant qu'il pouvait y avoir quelque chose de plus, et l'on se demande si c'est possible. Oui, c'est possible; car il y a des cas d'anthropophagie, notamment celui qui a été rapporté par le docteur Berthollet, d'un homme qui déterrait les morts récemment ensevelis pour les dévorer, et qui se plaisait surtout à manger les intestins. Or l'un des cadavres arrachés à la tombe

par l'accusé offrait des *mâchures* dans une région déterminée. Mais ces *mâchures* provenaient de ce que l'instrument avec lequel les incisions étaient pratiquées n'était pas bien aiguisé, et, à cet égard, les dénégations du malade sont formelles, absolues.

» Le cas que nous avons sous les yeux est donc un exemple de monomanie destructive compliquée de monomanie érotique, et ayant débuté par une monomanie triste; ce qui est très commun ou même presque général. La plupart des monomaniaques destructeurs commencent par être lypémaniaques. Dans mon opinion, cet homme n'est pas responsable de ses actes. Il n'était pas *libre*. Je sais combien cette déclaration est grave, combien elle est contraire à l'accusé, en ce sens que s'il n'est pas reconnu coupable, il pourra devenir l'objet de mesures administratives qui pourraient aller jusqu'à une séquestration prolongée; tandis que s'il est reconnu coupable; la peine qui lui serait appliquée est relativement très légère. Mais je dis ce que je crois. Je le dis devant Dieu et devant les hommes après mûres réflexions.

» Vous remarquerez, Messieurs, que la monomanie n'exclut pas le raisonnement. C'est là une remarque de la plus haute importance. Dans ce que je dis, dans le jugement que je porte, je n'ai garde d'omettre l'intérêt social, auquel l'intérêt individuel ne peut être sacrifié, mais qui domine cet intérêt partiel comme le nombre indéfini l'emporte sur l'unité. En y réfléchissant, on verra que l'intérêt social est sauvegardé par mon interprétation, tandis qu'il ne l'est point par l'interprétation contraire, celle qui consisterait à regarder l'accusé comme responsable, comme coupable.

» Un dernier mot, Messieurs. Bertrand se croit guéri. Depuis qu'il est dans nos salles, loin d'avoir ressenti à un degré quelconque l'impulsion funeste à laquelle il a cédé si longtemps, il n'éprouve que de l'horreur, et une horreur non simulée, au souvenir des actes épouvantables pour lesquels il comparait devant votre tribunal. De plus, Bertrand avait vu des morts; mais il n'avait jamais vu mourir. Or, dans la salle où il est placé, il a

vu mourir. Il a entendu le râle, il a vu l'écume aux lèvres des mourants, il a vu les dernières agitations de la vie; il m'a dit quelques jours après: « Je suis guéri! j'ai vu mourir! » Je livre ce fait à la raison, à la justice du conseil.

« J'ai exposé les faits. Mais les faits ont une âme et un corps. Je les ai présentés pour ainsi dire dans leur matérialité. Si la défense ou le conseil le jugent nécessaire, j'entrerais plus tard dans des détails propres à démontrer plus amplement que si le malheureux qui est devant vous a accompli des actes qui inspirent une profonde, une insurmontable horreur, il doit être aussi l'objet d'une profonde et vigilante pitié. »

D. L'accusé ne vous a-t-il pas dit qu'elles étaient les violences qu'il exerçait sur les cadavres, et ne vous a-t-il pas dit aussi pourquoi il s'adressait de préférence aux femmes?

R. Il m'a déclaré que ces violences étaient de toutes natures; qu'il mutilait toutes les parties; il fendait les bouches jusqu'aux oreilles, il leur séparait les membres. Tout en reconnaissant qu'il ne touchait pas au corps des hommes, il ne pouvait expliquer la préférence que dans le principe il donnait au sexe féminin. Mais une nouvelle passion s'étant jointe à la première, il commit des actes qui expliqueraient naturellement cette préférence.

Cette monomanie exerçait peut-être sur lui une plus grande influence qui lui ôtait complètement le libre arbitre de ses actes.

D. En admettant cette maladie dont vous croyez qu'il fut atteint au moment de ces profanations, pensez-vous que chez lui le mal, la monomanie fussent tels qu'il n'aurait pu résister à leur influence?

R. Je crois que Bertrand était sous l'empire d'une puissance qui le dominait — dans les temps anciens, on aurait appelé cela un démon — et qui le poussait malgré lui à commettre les actes dont nos annales médicales n'offrent pas d'exemple.

M. le capitaine d'Hennezel cite plusieurs cas de monomanie; mais le docteur Marchal fait remarquer qu'ils n'ont pas une grande analogie avec les faits imputés à Bertrand.

Pendant tout le cours de cette déposition, on remarque sur les traits de l'accusé une animation qui s'accroît par degrés et semble dissiper la tristesse dont il était accablé depuis l'ouverture des débats. Il promène furtivement ses regards sur les objets et les personnes qui sont placés près du conseil et du banc des défenseurs et des journalistes.

D. Lorsque vous entriez dans les cimetières, vous avez rencontré quelquefois des chiens qui venaient à vous en aboyant ; comment les évitiez-vous ?

R. Quand j'entendais leurs cris venir vers moi, je m'arrêtais, je les attendais avec la plus grande tranquillité ; je restais immobile. Les chiens venaient, je les regardais avec fixité : cela leur faisait peur, et les chiens, continuant leur chemin, s'éloignaient en cessant leurs aboiements.

Dutale, fossoyeur au cimetière du Sud, dit avoir très souvent vu Bertrand se promener dans ce cimetière ; il était habituellement en compagnie d'un seul ou de deux individus. Presque toutes les violations de sépultures dont ce cimetière a été le théâtre ont eu lieu le lendemain du jour où ce militaire avait passé en se promenant près des fosses récentes (1).

(1) Cette déposition pourrait faire supposer qu'il y avait chez Bertrand une préméditation qui me semble incompatible avec l'existence d'une monomanie *instinctive*, dans laquelle la volonté presque seule est lésée. Mais il ne faut point oublier que les cimetières, comme les endroits sombres en général, étaient les lieux de promenade favoris de Bertrand, et puis j'ajouterai que cette déposition me paraît un peu faite après coup.

Ce travail était terminé quand j'ai eu connaissance tout à fait par hasard d'une circonstance qui semblerait confirmer les soupçons que m'avait fait naître la déposition du fossoyeur Dutale. J'avoue ne guère ajouter foi à tous ces on-dit fort peu authentiques, et qui tendraient à faire supposer chez Bertrand une simulation que rien jusqu'ici n'autorise à supposer. Mais tous ces bruits me confirment de plus en plus dans l'opinion que j'ai émise au commencement de ce travail, à savoir qu'il ne faut jamais se prononcer trop hâtivement, même dans les cas les plus simples, et celui de Bertrand n'est pas de ce nombre. L. L.

Tels sont les faits importants qui se sont produits devant le conseil. Cette cause offre assez d'intérêt pour que j'aie cru devoir les rapporter dans tous leurs détails.

Le commissaire du gouvernement a repoussé la prétention de monomanie, alléguée par les défenseurs de l'accusé, qui lui paraît avoir agi avec une pleine et entière liberté de toutes ses facultés intellectuelles.

Après de courtes répliques, le conseil est entré dans la salle des délibérations, et a rendu un jugement qui a déclaré à l'unanimité Bertrand coupable de violation de sépultures, et l'a condamné à un an de prison, *maximum* porté par l'article 360 du Code pénal.

Bertrand eutend avec impassibilité la lecture de ce jugement, et le seul sentiment qui paraît l'agiter se traduit par un sourire qui vient effleurer ses lèvres.

A ces détails déjà un peu longs, nous croyons devoir ajouter cependant ceux que Bertrand lui-même nous a fait connaître. Ils serviront peut-être à éclaircir quelques points encore fort embrouillés de cette affaire sans analogue dans les annales judiciaires.

Le père, la mère et le frère unique de Bertrand sont cultivateurs : leur santé est et a toujours été excellente.

Un frère et une sœur sont morts en bas âge.

Un de ses oncles maternels est mort subitement à quarante ans. Depuis plusieurs années, me dit Bertrand, il avait l'esprit dérangé.

Bertrand était lui-même, dans sa jeunesse, impressionnable et irascible. Il n'a jamais eu à sa connaissance aucune maladie assez grave pour le retenir au lit pendant plus de cinq ou six jours.

Il est d'un naturel assez gai ; sa figure expressive et franche accuse de l'assurance et de la fermeté. Il n'a jamais, me dit-il, été plus qu'un autre porté à l'acte vénérien.

J'ai lu, je ne sais où, que Bertrand, surtout dans le principe,

ne commettait les actes dont il est accusé que sous l'influence d'un commencement d'ivresse. Devant moi, il a démenti cette assertion. L'état d'excitation dans lequel il se trouvait pendant ses accès pouvait avoir quelque analogie avec l'état d'ivresse. C'est là, sans doute, l'origine de l'assertion erronée à laquelle je viens de faire allusion.

Quand, pour la première fois, au cimetière de Bléré, en février 1847, Bertrand fut entraîné comme instinctivement à déterrer et à mutiler un cadavre, il ne savait même pas à quel sexe il appartenait, et il m'a positivement affirmé qu'à cette époque il n'avait aucune idée de cohabitation avec les cadavres qu'il exhumait.

C'est au mois de juillet 1848, au cimetière du Mont-Parnasse, qu'ayant déterré une jeune femme *assez bien conservée* (ce sont ses expressions), l'idée affreuse lui vint de se livrer à l'acte inouï qu'il ne put avouer devant le conseil. Et cet acte, il était loin d'être calme quand il s'en rendit coupable; il venait de mutiler cinq ou six cadavres; et, comme s'il eût oublié ce qu'il venait de faire, il s'abandonna plus que jamais dans cette même nuit à son instinct de destruction.

Bertrand m'a, du reste, affirmé n'avoir depuis cohabité que deux fois avec les cadavres qu'il exhumait, en décembre 1848 et en janvier 1849. Je reviendrai sur l'importance de ces détails, sur lesquels on n'a pas, je crois, assez insisté.

Il y a eu, d'ailleurs, à une certaine époque, une véritable périodicité dans le retour de ce que Bertrand appelle lui-même ses *accès*; depuis le mois de juillet 1848, ces accès revenaient à peu près tous les quinze jours, et s'annonçaient par des maux de tête plus ou moins violents, et un je ne sais quoi d'insolite dans sa manière d'être et dans ses actes.

De vives émotions, de fréquents changements de résidence empêchaient le retour des accès. Il en fut ainsi du mois de juillet 1847 au même mois de l'année suivante.

Bertrand ne paraît pas très affecté de sa condamnation, bien

qu'il en sente parfaitement les conséquences. Aussi, quoiqu'il puisse, après son année de prison, rentrer dans l'armée comme simple soldat, il est décidé à se faire réformer pour les blessures fort graves qu'il a reçues, et à quitter la France, où, me dit-il, il craindrait qu'on ne lui reprochât à chaque instant sa conduite passée.

Telle est, aussi complète et aussi fidèle que cela nous a été possible, l'exposition des faits à l'aide desquels nous allons chercher à apprécier l'état mental de Bertrand. Mais comme plusieurs médecins se sont déjà prononcés sur cette question, nous croyons devoir, avant tout, dire quelques mots de leur appréciation.

MM. Baudens et Marchal (de Calvi), chirurgiens militaires, sont, à ma connaissance, les seuls médecins qui aient visité Bertrand. Le premier n'a rien dit de la question psychologique. M. Marchal, au contraire, l'a traitée assez longuement, et il a déclaré que, selon lui, Bertrand était affecté « d'une monomanie destructive compliquée de monomanie érotique, et ayant débuté par une monomanie triste, ce qui est très commun ou presque général ».

Cette appréciation est, selon moi, celle qui se rapproche le plus de la vérité, bien qu'il n'y ait point eu chez Bertrand de véritable monomanie érotique.

Dans une note insérée dans la *Gazette des hôpitaux* (1), M. Castelnau partage complètement l'avis de M. Marchal.

M. Michéa, dans un article qu'a publié l'*Union médicale* (2), discute longuement la question psychologique soulevée par les actes de Bertrand. Ce médecin partage l'opinion de MM. Marchal et Castelnau pour ce qui est relatif à l'existence chez l'inculpé d'une double monomanie; seulement, « se fondant sur les lumières fournies par la connaissance des cas plus ou moins

(1) Numéro du 14 juillet 1849.

(2) Numéro du 17 juillet 1849.

analogues, invoquant surtout certaines circonstances du corps du délit qui n'ont point été suffisamment explorées par M. Marchal, il pense que la monomanie érotique était le fond de cette folie monstrueuse ; qu'elle était antérieure à la monomanie destructive, et qu'elle dominait celle-ci. » La suite de ce travail montrera en quoi notre manière de voir diffère de celle de M. Michéa.

Sous le titre de *Remarques médico-légales sur la perversion de l'instinct génésique*, M. Brierre de Boismont a rapporté, dans la *Gazette médicale*, plusieurs faits qui offrent quelque analogie avec celui de Bertrand. D'après M. Brierre, l'inculpé avait un délire partiel caractérisé par la perversion de l'instinct génésique.

Telles sont, en peu de mots, les différentes appréciations qui ont été données de l'état mental de Bertrand ; avant de nous prononcer sur leur signification, nous allons examiner nous-même au point de vue médico-légal les différentes circonstances qui nous ont semblé démontrer chez l'accusé l'existence d'une aliénation mentale exclusive de toute liberté morale.

L'influence de l'hérédité est aujourd'hui si bien établie en pathologie mentale, que je me contenterai de rappeler ici qu'un oncle *maternel* (1) de Bertrand est mort aliéné, et probablement d'une attaque d'apoplexie. Bertrand offrit lui-même dès son jeune âge les signes de cette prédisposition qu'il avait apportée en naissant. Quoiqu'il fût d'un naturel en apparence assez gai, il survint chez lui dès l'âge de six ou sept ans une espèce de *folie* (ce sont ses propres expressions) ; une ou deux fois par semaine, il quittait ses jeunes camarades pour aller se promener dans les endroits les plus sombres d'un bois voisin, et il restait quelquefois des journées entières dans la plus profonde tristesse. Il était, d'ailleurs, fort impressionnable : la moindre contrariété le

(1) Voir ce que dit à ce sujet M. BAILLARGER dans ses *Recherches sur l'hérédité de la folie*. (*Annales médico-psych.*, t. III, p. 328.)

mettait en colère. Cette taciturnité périodique fut toujours un des traits les plus saillants de son caractère.

Bertrand a été élevé dans un séminaire, et cette circonstance, assurément, n'était guère propre à éloigner de son esprit les idées mélancoliques qui y avaient pris racine. Ce genre d'éducation a peut-être aussi développé chez lui une excitabilité insolite des organes génitaux, comme cela n'est que trop commun, si l'on s'en rapporte aux écrits des médecins qui font autorité en pareille matière. Marc dit, en effet, que le satyriasis choisit de préférence les hommes dont la vie sociale se rapproche de celle du sexe féminin (1). Rony, qui partage la même opinion, rapporte à ce sujet (2) l'histoire fort intéressante du curé de Cours, près la Réole, en Guyenne, histoire que Buffon a consignée dans ses œuvres. Ce qu'il y a de positif, c'est que parmi les quatre ou cinq exemples de cohabitation avec les morts qui existent dans la science, trois appartiennent à des prêtres ou tout au moins à d'anciens séminaristes.

Passant rapidement sur des détails biographiques qui n'offrent pour nous qu'un intérêt secondaire, nous arrivons au premier acte de violation de sépulture dont Bertrand s'est avoué l'auteur. Dans sa note, remise à M. Marchal, il raconte lui-même comment le fait est arrivé. Le hasard l'avait conduit près d'un cimetière avec l'un de ses camarades : la curiosité les y fit entrer. Une personne avait été enterrée la veille ; les fossoyeurs surpris par la pluie n'avaient pas entièrement rempli la fosse, et avaient, en outre, laissé leurs outils sur le terrain. « A cette vue, dit Bertrand, des idées noires me vinrent ; j'eus comme un violent mal de tête, mon cœur battait avec force, je ne me possédais plus. » Il était difficile de mieux peindre en si peu de

(1) *De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires*, 1840, t. II, p. 196.

(2) *Dictionnaire des sciences médicales* en 60 vol., t. VI, article CONTINENCE.

mots le commencement d'un accès de folie ; mais tout en maîtrisant sa volonté, le délire instinctif ne dominait pas encore à ce point ses facultés intellectuelles qu'il ne prit toutes les précautions qu'un criminel eût prises en pareil cas. Il trouva un prétexte pour se débarrasser de son camarade, revint seul au cimetière, et se mit à creuser la fosse avec les instruments du fossoyeur. Déjà il avait retiré le corps, et commençait à le frapper avec la pelle qu'il tenait à la main avec une *rage qu'il ne peut s'expliquer*, quand il vit un ouvrier à la grille du cimetière ; il se coucha quelques instants près du mort ; puis soupçonnant que cet homme avait été prévenir les autorités, il sortit de la fosse, recouvrit le corps de terre, et s'enfuit en sautant par-dessus le mur. « J'étais tout tremblant, dit-il, une sueur froide me couvrait le corps ; je me retirai dans un petit bois voisin, où, malgré une pluie froide qui tombait depuis quelques heures, je me couchai au milieu des arbrisseaux. Je restai dans cette position depuis midi jusqu'à trois heures du soir, dans un état d'insensibilité complète. Quand je sortis de cet assoupissement, j'avais les membres brisés et la tête faible. »

Celui qui douterait que Bertrand ait eu un véritable accès de folie, n'aurait qu'à ouvrir les ouvrages les plus estimés qui traitent de l'aliénation mentale, et il y trouverait à chaque page la relation d'accès en tout semblables à celui qu'a si bien décrit l'inculpé. Atteint depuis longtemps d'une affection mélancolique, dont personne autour de lui ne soupçonnait la gravité, il a suffi de la vue d'un cercueil à moitié découvert, d'instruments laissés là par hasard, pour déterminer instantanément un de ces entraînements irrésistibles contre lesquels essaient en vain de lutter les volontés les plus fortes. C'est la goutte d'eau qui fait déborder le verre déjà plein. Souvent l'occasion fait l'aliéné, comme l'occasion fait le larron.

D'ailleurs, et cela est fort ordinaire, ce premier accès fut bientôt suivi d'un autre. Le surlendemain, Bertrand retourna au cimetière à minuit, par un temps pluvieux ; cette fois, n'ayant

pas trouvé d'outils, il creusa la fosse avec ses mains. Il avait les doigts tout en sang, mais *il ne sentait pas la douleur*; il retira le corps, le mit en pièces, puis il le jeta dans la fosse qu'il remplit de terre, comme il l'avait creusée.

Ici nous retrouvons un autre symptôme qui caractérise toute excitation maniaque; nous voulons parler de l'insensibilité à la douleur, que M. Moreau (de Tours) a signalée dans la monomanie suicide, et que nous même avons dit exister dans tout autre délire partiel pendant la période d'excitation (1). L'excellent ouvrage de M. Calmeil (2) est rempli de faits curieux qui démontrent jusqu'où peut aller cette insensibilité.

Quatre mois se passèrent sans accès. Rentré à Paris, Bertrand se croyait guéri, quand on l'engagea à visiter le Père-Lachaise. C'était au mois de juin; les allées sombres de ce cimetière lui plurent, et il résolut d'y venir la nuit. Il y vint, en effet, à neuf heures du soir, en escaladant le mur. Il s'y promena une demi-heure environ, agité des plus noires idées. Puis, enfin, l'excitation ayant atteint son paroxysme, il déterra un mort; toujours sans outils, et le mit en pièces. Il se retira *tout hors de lui*.

Quinze jours après, Bertrand fut surpris dans le même cimetière par deux gardiens qui furent sur le point de faire feu sur lui; mais il sut se tirer d'affaires, et on le laissa sortir. Néanmoins le danger qu'il avait couru produisit sur lui une influence morale favorable; il resta sept ou huit mois sans retourner dans les cimetières.

Puis arrivèrent les événements de février, dont l'armée, surtout à Paris, ressentit si vivement le contre-coup; nouvelle influence morale tout aussi puissante et aussi efficace que la première.

(1) V. *Annales médico-psychol.*, 1^{re} série, t. XII, p. 112.

(2) *De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique et judiciaire*. Paris, 1845. Voir surtout le t. II, p. 313-400.

Bertrand ne revint à Paris que le 17 juillet; son régime fut envoyé au camp d'Ivry. Après quelques jours de repos, son mal, dit-il lui-même, lui revint plus violent que jamais, et, malgré la sévérité de la consigne, il quitta le camp dès le 25 juillet, et se rendit au cimetière du Mont-Parnasse. C'est ici qu'il faut rapporter sa première cohabitation avec les morts. J'ai déjà dit comment et par quelles circonstances Bertrand en était arrivé à cet excès de monstruosité. Je ne crois donc point devoir y revenir; mais je dois rappeler cependant que cette passion nouvelle aggrava sensiblement son état. C'est, en effet, à partir de cette époque que les accès, jusqu'alors assez éloignés les uns des autres, revinrent périodiquement tous les quinze jours, et cela jusqu'au mois de janvier 1849. Ces accès devinrent en même temps plus violents, et Bertrand alla jusqu'à mutiler une dizaine de cadavres en une seule nuit. L'espèce de léthargie qui succédait aux accès était plus longue et plus complète, et les dangers sérieux auxquels il savait être exposé furent dès lors insuffisants pour l'arrêter dans ses excursions nocturnes. N'est-ce pas la marche naturelle d'une maladie malheureusement bien fréquente, mais qui, par bonheur, ne conduit que fort rarement à de pareilles monstruosité?

De la première quinzaine de janvier 1849 au 15 mars suivant, peut-être sous l'influence des coups de feu auxquels il avait échappé comme par miracle dans ses excursions précédentes, Bertrand n'eut aucune nouvelle attaque; il éprouvait même, dit-il, de l'éloignement pour ce qui avait fait si longtemps son bonheur, quand il passa par hasard devant le cimetière du Mont-Parnasse. Il ne put résister à la tentation, et ce fut en sautant dans ce cimetière qu'il reçut les coups de feu qui le conduisirent à l'hôpital (1).

(1) Bertrand était alors tellement insensible à la douleur, qu'il m'assura n'avoir point senti les blessures fort graves cependant qu'il avait reçues. Cette agilité extraordinaire qu'il déploya dans cette occasion,

Si nous résumons les phénomènes pathologiques offerts par Bertrand, nous trouvons chez lui :

1° Un état de tristesse insolite, signe, pour ainsi dire, de la prédisposition héréditaire, et qui plus tard se transforme en une véritable lypémanie.

2° Un délire partiel caractérisé par des accès d'agitation maniaque pendant lesquels Bertrand déterre et mutile des cadavres.

3° Une perversion de l'appétit vénérien qui le porte à la cohabitation avec les morts.

Étudions successivement ces trois éléments de la maladie de Bertrand, et cherchons à quelle partie du cadre nosologique nous pourrions rattacher cette singulière affection.

Nous avons qualifié de lypémanie l'état général par lequel s'est traduite chez Bertrand la prédisposition héréditaire avant l'explosion des premiers accès de délire partiel. Il nous est facile de légitimer cette assertion. Cette tristesse dont Bertrand dès son jeune âge était pris subitement une ou deux fois par semaine, cette recherche des lieux sombres et isolés, cette extrême susceptibilité de caractère, et bien d'autres phénomènes sur lesquels il n'est pas besoin de revenir (1), ne constituent-ils pas, en effet, sinon une véritable maladie, au moins un état anormal formant comme le prodrome d'une affection plus grave et que le moindre incident fera éclater. Il n'est pas rare, du reste, de voir un pareil état précéder l'invasion du délire partiel,

comme dans plusieurs autres, est un trait de plus à ajouter aux nombreux phénomènes offerts par l'accusé. Je ne le donne pas assurément comme un signe de folie; c'est une simple surexcitation musculaire, fort commune d'ailleurs pendant les accès d'agitation maniaque. L. L.

(1) Dans l'interrogatoire qu'il subit devant le tribunal, Bertrand dit avoir eu souvent des idées de suicide à la suite de ses accès. Ce symptôme est trop commun chez les lypémaniques pour que nous soyons surpris de le retrouver ici.

L. L.

et les auteurs en ont rapporté des exemples assez nombreux. Il n'y a donc là rien qui doive nous surprendre.

La plupart des médecins qui ont étudié le procès de Bertrand ont regardé le délire partiel dont il est affecté comme un cas de monomanie *homicide*. Cette dernière expression est dans l'espèce fort impropre, et ne répond, du reste, en aucune manière, à l'idée qu'on doit se faire de l'état mental de l'accusé.

Pour ce qui est du mot *Érotomanie*, il nous paraît faux de tous points.

« L'Érotomanie, dit Esquirol (1), est une affection cérébrale chronique, caractérisée par un *amour excessif*, tantôt pour un *objet connu*, tantôt pour un *objet imaginaire*; dans cette maladie, l'imagination seule est lésée : il y a erreur de l'entendement. C'est une affection mentale dans laquelle les idées amoureuses sont fixes, dominantes, comme les idées religieuses sont fixes et dominantes dans la théomanie ou dans la lypémanie religieuse. »

Si cette définition est juste, et c'est, je crois, l'opinion de la plupart des aliénistes, Bertrand n'était pas érotomane.

Qu'était-il donc? Nous allons essayer de le définir.

Sous le titre de *manie sans délire*, Pinel rapporte une observation qui offre trop d'analogie avec celle de Bertrand pour que je ne la rapporte pas ici; elle est d'ailleurs fort courte :

« Un homme livré autrefois à un art mécanique; et ensuite renfermé à Bicêtre, éprouve par intervalles irréguliers des accès de fureur marqués par les symptômes suivants : D'abord, sentiment d'une ardeur brûlante dans les intestins, avec une soif intense et une forte constipation. Cette chaleur se propage par degrés à la poitrine, au cou, à la face, avec un coloris plus animé; parvenue aux tempes, elle devient encore plus vive, et produit des battements très forts et fréquents dans les artères de ces parties, comme si elles allaient se rompre. Enfin, l'affection

(1) *Des maladies mentales*, t. II, p. 32.

nerveuse gague le cerveau, et alors l'aliéné est dominé par un penchant sanguinaire irrésistible, et s'il peut saisir un instrument tranchant, il est porté à sacrifier avec une sorte de rage la première personne qui s'offre à sa vue. Il jouit cependant, à d'autres égards, du libre exercice de sa raison, même durant ses accès; il répond directement aux questions qu'on lui fait, et ne laisse échapper aucune incohérence dans les idées, aucun signe de délire; il sent même profondément toute l'horreur de sa situation; il est pénétré de remords, comme s'il avait à se reprocher ce penchant forcené (1). » Dans sa première édition, Pinel rapporte ce fait, et avec raison, comme un cas de folie consistant exclusivement dans la lésion de la volonté.

Bertrand n'avait primitivement, en effet, qu'une maladie de la volonté. Est-ce à dire qu'il n'y avait chez lui aucune lésion de l'entendement? Je ne le pense pas. Il est évident que chez Bertrand l'activité intellectuelle était suspendue pendant les accès; il y avait donc rigoureusement lésion de l'entendement: l'intelligence était passive, si je puis m'exprimer ainsi; elle subissait l'influence de la volonté, qu'elle domine dans l'état normal.

S'il en était autrement, il faudrait avec Prichard (2) rejeter à tout jamais le mot de *monomanie* dans les cas où il n'y aurait point lésion de l'entendement, car l'expression *manie* offrira toujours à l'esprit l'idée d'un désordre intellectuel.

Bertrand était donc affecté de cette variété de folie que Pinel appelle *manie sans délire* (3), Prichard *folie instinctive*, Marc et Esquirol *monomanie instinctive*.

Pour ce qui est de la cohabitation avec les morts, nous ne la

(1) PINEL, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 2^e éd., 1809, p. 157, et 1^{re} éd., p. 81.

(2) *A treatise on insanity and other disorders affecting the mind*. London, 1835.

(3) Déjà, avant Pinel, Etmuller avait appelé cette forme de folie *perturbatio melancholica, ita ut adhuc recta ratio constet*. (*Opera medica theoria practica*, Francofurti, 1696, in-folio.)

considérons que comme un épiphénomène de la maladie. Cette perversion de l'appétit vénérien auquel nous avons tâché de donner sa véritable signification est, pour nous, l'analogie de ces appétits dépravés si communs chez les aliénés. Nous avons nous-même connu une jeune dame ayant reçu une excellente éducation, et que, dans ses accès de manie, on était obligé de surveiller avec le plus grand soin pour qu'elle ne mangeât pas des matières fécales. Les faits de cette nature sont si nombreux, qu'il nous semble inutile d'insister plus longuement sur ce point.

La déposition de M. Pajot a fait un instant supposer que Bertrand mangeait de la chair des cadavres qu'il déterrait. Cette dépravation du goût ne nous étonnerait pas davantage que la perversion de l'appétit vénérien ; mais les dénégations de Bertrand sont si formelles à cet égard, que nous avons tout lieu de croire qu'il n'était point anthropophage.

Cette anthropophagie n'était point, du reste, fort rare au XVI^e et au XVII^e siècle. Sans ajouter foi au dire de ces pauvres hallucinés, qui s'accusaient souvent de crimes imaginaires (1), il est certain que quelques uns d'entre eux commettaient parfois, en effet, de véritables actes d'anthropophagie. Au XVI^e siècle, une femme de Milan fut condamnée à la roue pour avoir étranglé et mangé un enfant. Elle avait, dit-elle, cédé à l'instigation du démon (2). Quelques lignes plus bas, Bodin rapporte un fait analogue :

« Rondelet, médecin de grand sçavoir et réputation, aguetta une nuit un sorcier à Montpellier, qui ne bougeoit autour des sépultures, lequel alla au sépulchre où l'on avoit le jour précédent enterré une femme, et lui coupa une cuisse, et l'emporta sur ses espaulles, mordant à belles dents dans la chair d'icelle. »

Au XVI^e siècle, les individus affectés du délire de la lycanthropie s'attaquaient assez souvent à des animaux, et tuaient même

(1) CALMEIL, ouvrage cité, *passim*.

(2) BODIN, *De la démonomanie des sorciers*. Paris, 1582, in-4, p. 94.

quelquefois des enfants dont ils mangeaient la chair. Les faits rapportés par Bodin, Boguet, de l'Ancre (1), etc., ne laissent aucun doute à cet égard.

Plus récemment, le docteur Berthollet a publié l'observation d'un homme qui faisait sa nourriture favorite des substances animales les plus dégoûtantes, et même de débris de cadavres (2). Georget, dans son *Examen médical des procès célèbres* (3), a consigné le fait du semi-idiot Léger qui, après avoir tué et violé une jeune fille qu'il avait emportée dans les bois, lui mangea une partie des seins et des organes sexuels. Nous avons trouvé dans la *Gazette des Tribunaux* (n° du 17 septemb. 1827), un cas de même nature. Une jeune fille devenue mélancolique par suite du refus obstiné que son père mettait à son mariage avec celui qu'elle aimait, le tua dans un accès de fureur, lui arracha le cœur encore palpitant, le mit à la broche, et quand il fut à moitié rôti, elle le dévora.

Nous avons vainement cherché dans les recueils judiciaires ou de médecine légale des faits en tout semblables à celui de Bertrand. Nous avons trouvé des cas de cohabitation avec les morts; mais, dans aucun de ces cas, la perversion de l'appétit vénérien n'était liée à une monomanie instinctive de la nature de celle de Bertrand. Nous croyons cependant devoir les rapporter ici en quelques mots.

Peu d'années avant la révolution de 1789, un prêtre fut convaincu d'avoir assouvi une passion brutale sur le cadavre encore chaud d'une femme auprès de laquelle il avait été placé pour réciter des prières. C'est sur ce fait que M. Kératry a bâti son roman intitulé *le Dernier des Beaumanoir*.

En voici un second rapporté par M. Michéa (4). « En 1787,

(1) *L'incrédulité et mescrance du sortilège plainement convaincue*. Paris, 1622.

(2) *Archives de médecine*, t. VIII, p. 472.

(3) Paris, 1825, in-8, p. 3.

(4) *Union médicale*, numéro du 17 juillet 1849.

près de Dijon, à Cîteaux, un mien aïeul, qui était médecin de cette célèbre abbaye, sortait un jour du convent pour aller voir dans une cabane, située au milieu des bois, la femme d'un bûcheron, que, la veille, il avait trouvée mourante. Le mari, occupé à ses rudes travaux, loin de la cabane, se trouvait forcé d'abandonner sa femme, qui n'avait ni enfants, ni parents, ni voisins auprès d'elle. En ouvrant la porte du logis, mon grand-père fut frappé d'un spectacle monstrueux. Un moine quêteur accomplissait l'acte du coït sur le corps de la femme, qui n'était plus qu'un cadavre. »

M. Brierre a rapporté (1) une anecdote de même nature, connue sous le nom d'*Amant de la mort*. Nous avons vainement cherché cette affaire dans les *Causes célèbres*, et dans la collection de la *Gazette des tribunaux*. Voici le récit de M. Brierre :

« Un homme fut arrêté, dans une petite ville de province, pour un crime auquel personne ne voulait croire, et qui cependant fut prouvé aux débats. Il venait de mourir une jeune personne de seize ans, qui appartenait à une des premières familles de la ville. Une partie de la nuit s'était écoulée, lorsqu'on entendit dans la chambre de la morte le bruit d'un meuble qui tombait. La mère, dont l'appartement était voisin, s'empressa d'accourir. En entrant, elle aperçut un homme qui s'échappait en chemise du lit de sa fille. Son effroi lui fit pousser de grands cris, qui réunirent autour d'elle toutes les personnes de la maison. On saisit l'inconnu, qui paraissait presque insensible à ce qui se passait autour de lui, et qui ne répondait que confusément aux questions qu'on lui adressait. La première pensée avait été que c'était un voleur; mais son habillement, certains signes, dirigèrent les recherches d'un autre côté, et l'on reconnut bientôt que la jeune fille avait été déflorée et polluée plusieurs fois. L'instruction apprit que la garde avait été gagnée à prix d'argent; et bientôt d'autres révélations prouvèrent que ce

(1) *Gazette médicale*, numéro du 21 juillet 1849, p. 561, feuilleton.

malheureux, qui avait reçu une éducation distinguée, jouissait d'une grande aisance, et était lui-même d'une bonne famille, n'en était pas à son premier coup d'essai. Les débats démontrèrent qu'il s'était glissé un assez grand nombre de fois dans le lit de jeunes femmes mortes, et qu'il s'y était livré à sa détestable passion. Il fut condamné à une détention perpétuelle. »

Tels sont les seuls faits de cohabitation avec les morts que j'aie rencontrés dans les auteurs. Loin de moi la pensée de regarder de pareilles monstruosité comme des actes de folie, et de leur chercher une excuse dans une maladie de l'entendement ou de la volonté. Ces hommes n'étaient pas plus fous que le trop fameux marquis de Sade, dont tout le monde connaît de nom les livres obscènes; ce Gilles de Retz, maréchal de France (1), dont le marquis de Sade n'est qu'un pâle compilateur, et tant d'autres, dont l'humanité n'a qu'à rougir. Ce sont là, si vous le voulez, des monstruosité morales, mais ce ne sont pas des actes de folie.

Resterait à examiner une dernière et importante question, mais dont la solution est tellement manifeste pour tous les hommes de sens, qu'il nous paraît inutile de nous y arrêter. N'est-il pas évident que dans un cas de cette nature il eût fallu renvoyer l'accusé à l'examen de médecins spéciaux, les seuls compétents en pareille matière? Le ministère public eût pris sans doute cette détermination, si Bertrand n'eût point été militaire, et eût comparu devant un tribunal ordinaire.

(1) Le procès de Gilles de Retz existe en manuscrit à la Bibliothèque nationale.

Établissements d'aliénés.

DÉTAILS

SUR

L'ÉTABLISSEMENT DU D^r WILLIS

POUR LA GUÉRISON DES ALIÉNÉS (1).

Entre les infirmités auxquelles la nature humaine est sujette, s'il en est de plus douloureuses, il n'en est pas de plus humiliantes que celles qui attaquent la raison. Au niveau de la brute dans toutes les fonctions purement vitales; au-dessous d'elle dans les ressources de l'instinct, l'homme ne lui est supérieur que par ses facultés intellectuelles. Le malheureux chez qui elles sont bouleversées n'est plus dans la société qu'un être dépendant et passif, quand il n'est pas en guerre avec elle et avec lui-même. Le dérangement d'esprit offre encore ceci de particulièrement affligeant, c'est que lorsqu'il survient par degrés, lorsqu'il n'est ni complet ni permanent, les intervalles lucides sont empoisonnés, pour le malade et pour ceux qui l'entourent, par les souvenirs du passé et par les craintes de l'avenir; ses parents, ses amis sont alternativement déchirés par le spectacle d'un genre de fureur qui nécessite des précautions révoltantes

(1) L'article que nous publions ici sur l'établissement de Willis est extrait de la *Bibliothèque britannique* (t. I, Littérature), où il a été inséré en 1796. Les faits curieux qu'il contient nous ont engagé à le reproduire.

(Note du rédacteur.)

pour l'amitié, ou par celui d'un abattement qu'aucune consolation, aucune distraction, nuls raisonnements ne peuvent dissiper ou vaincre. Les ressources de la médecine y sont également impuissantes, et l'on doit peu s'étonner si dans presque tous les temps ces maladies ont été attribuées à des causes surnaturelles : on recourait à l'influence des démons pour expliquer ces phénomènes étranges, qui paraissent lier ensemble dans un même individu deux personnes morales, dont l'une est constamment occupée à faire le tourment de l'autre.

La nature même de ces maux fait que leurs victimes sont fréquemment exposées à des traitements qui tendent à les aggraver : car la réclusion, soit domestique, soit dans la maison de force, première mesure toujours nécessaire, est souvent fatale dans ses conséquences. Mais nous n'étendrons pas davantage ce triste tableau. Nous en avons dit assez peut-être pour disposer nos lecteurs à partager les sentiments que nous ont fait éprouver les détails que nous allons leur transmettre sur les procédés du docteur Willis dans le traitement des maladies de l'esprit.

Cet ecclésiastique respectable, maintenant presque octogénaire, s'est voué depuis un grand nombre d'années à cette branche de l'art de guérir, et sa réputation était déjà faite à cet égard en Angleterre, lorsqu'il eut à répondre à la nation anglaise de la guérison de son roi (1). Sa conduite et ses succès dans une circonstance aussi critique furent connus dans toute l'Europe, et inspirèrent pour sa personne et ses travaux un haut degré d'intérêt : nous l'augmenterons peut-être en donnant, d'après deux de nos compatriotes et de nos amis qui l'ont vu de près, les traits principaux par lesquels on peut apprécier les services rendus à l'humanité par le docteur Willis. Ces témoins sont d'autant

(1) Pinel, dans son *Traité de la manie* (1^{re} édit., p. 286), rapporte la discussion mémorable qui eut lieu à cette occasion entre les différents médecins appelés à traiter le roi d'Angleterre. (*Note du rédacteur.*)

plus dignes de confiance, qu'ils sont eux-mêmes au nombre des malades qui lui ont dû leur parfaite guérison.

Mais l'idée de satisfaire à cet égard la curiosité de nos lecteurs n'est pas le seul objet que nous ayons en vue ; il nous a semblé que l'établissement dont nous allons parler n'était point assez connu en Europe , pour que son utilité fût proportionnée à son mérite réel. L'ignorance des détails, l'incertitude du succès font balancer à en profiter ceux-là même qui le connaissent , hésitation d'autant plus fâcheuse que la guérison dépend le plus souvent de la promptitude avec laquelle on s'oppose aux premières attaques du mal. Si donc, par les renseignements que nous allons donner, nous pouvions abrégér cette hésitation à l'égard de quelques unes des victimes de ces maux, nous regarderions déjà leur guérison comme acheminée; et la possibilité d'y contribuer même aussi indirectement devient pour nous un motif auquel nous ne devons pas résister.

C'est dans la partie orientale de l'Angleterre , à Greatford dans le Lincolnshire , à 90 milles de Londres, et non loin de la grande route de Lincoln , qu'est établi le docteur Willis. Le village qu'il habite est peu considérable, et l'on n'y trouve que deux ou trois bonnes fermes outre la sienne; mais les malades qu'il traite, et dont il ne peut recevoir chez lui qu'un petit nombre, logent chez des fermiers dans le village ou aux environs, à 4 ou 5 milles à la ronde, sur le pied d'un ou deux par chaque maison (1) ; et quoique cette partie du comté soit ainsi principalement habitée par des aliénés qu'on rencontre fréquemment sur les routes, les précautions de la police sont si bien prises, qu'il n'en résulte pas d'inconvénients. Le pays est plat, bien cultivé, quoique le sol en soit de qualité médiocre; et Greatford n'est qu'à 3 milles de ces grands marais qu'on nomme les *fens*

(1) Ils ne peuvent en recevoir davantage, lors même qu'ils auraient de quoi les loger, à moins de se procurer du gouvernement une patente ou une permission.

de Lincolnshire. Ce voisinage ne paraît pas influer sur la salubrité de l'air.

Il y avait déjà près de trente ans que le docteur Willis s'occupait de la guérison des malades d'esprit, lorsque sa réussite à l'époque mémorable que nous venons de rappeler accrût considérablement sa pratique. Il avait alors aux environs de trente malades à traiter à la fois, et il en a maintenant près de deux cents. Sa famille est composée de cinq fils dont trois et leur mère sont auprès de lui; le second et le cadet suivent la même carrière que leur père, et soignent les malades avec beaucoup de zèle et de talent. L'aîné des fils s'est particulièrement voué aux sciences mécaniques, et l'un des deux frères qui n'habitent pas Greatford est ministre d'une église à Londres; l'autre est capitaine dans la marine royale.

La maison est assez vaste pour loger vingt à vingt-cinq malades, dont quelques uns mangent à la table du docteur; il en fait les honneurs avec une gaieté et une présence d'esprit rares dans un vieillard. Il est vrai qu'à soixante-dix-huit ans il est assez jeune encore pour courir la chasse dans l'occasion, exercice qu'il a toujours beaucoup aimé, et pour aller à cheval en un jour à Londres, distant de 30 lieues; il y fait toutes les années un voyage pour rendre visite au roi et à quelques uns de ses malades avec lesquels il a conservé des relations. L'agriculture est son délassement favori, et il s'en est fort occupé. Cette vie active ne l'empêche point de s'acquitter avec la plus grande régularité de ses fonctions pastorales; il prêche chaque dimanche dans l'église de la paroisse, et distribue aux pauvres des consolations et d'abondants secours.

Il ne parle point français, mais les deux aînés de ses fils ont appris cette langue. Son visage, affable et souriant à l'ordinaire, change de caractère lorsqu'il envisage pour la première fois un de ses malades: l'ensemble de ses traits forme tout à coup comme une autre figure qui commande le respect et l'attention des maniaques eux-mêmes; son regard perçant semble lire

dans le cœur et deviner les pensées à mesure qu'elles se forment. Il prépare ainsi un empire qui devient un de ses moyens de guérison, et qui ne nuit point aux moyens plus doux ; car on finit toujours par l'aimer, quelque crainte qu'il ait inspirée pendant la durée du traitement. Il en est parmi ses malades qui, parfaitement guéris, se sont fixés à toujours auprès de lui par amitié et par reconnaissance.

Les maniaques jouissent de toute la liberté compatible avec leur état ; chacun d'eux a un gardien qui ne le quitte point, et dont la vigilance est soutenue par un moyen bien simple et très efficace : c'est que si le malade s'échappe, le gardien en est responsable ; c'est-à-dire que dès ce moment ses gages (d'environ une guinée par semaine, la nourriture comprise) sont suspendus, et que les frais de recherche sont à sa charge. Ces gardiens prennent peu à peu l'habitude de leur état et acquièrent un tact particulier pour observer les malades ; aussi c'est presque toujours à eux que s'adressent les questions du docteur dans ses visites. Le prix des pensions chez les fermiers est d'une ou deux guinées par semaine (1).

La durée de la cure varie d'après la nature particulière et l'ancienneté du mal. Le terme moyen est de cinq à six mois : le plus court, de six semaines à deux mois ; et le plus long, d'environ dix-huit mois. Le traitement ne réussit pas toujours ; mais il résulte cependant de la longue pratique du docteur Willis que, sur dix malades confiés à ses soins, il en guérit neuf, pourvu qu'on commence le traitement dans un intervalle moindre de trois mois après l'apparition des premiers symptômes (2).

(1) Comme on le voit, tout ceci ressemble singulièrement à la colonie de Ghéel, sur l'utilité de laquelle les aliénistes sont encore aujourd'hui si peu d'accord.

(2) Quoiqu'il ne s'agisse ici que d'aliénation mentale aiguë ou datant tout au plus de quelques mois, ce chiffre de 9 guérisons sur 10 malades n'en est pas moins exorbitant, et ne peut être que le résultat d'une erreur.

(Note du rédacteur.)

Il observe assez longtemps ses malades avant de commencer le traitement qui convient à chacun ; quoiqu'il n'ait pas de méthode générale proprement dite, il commence toujours par chercher à rétablir l'état naturel dans toutes les fonctions vitales, fonctions dont l'équilibre est toujours troublé de manière ou d'autre chez les maniaques. Il emploie à cet effet une assez grande variété de remèdes selon les tempéraments ; ces remèdes sont préparés dans une pharmacie domestique par les soins d'une femme qu'il dirige. Il n'astreint ses malades à aucun régime sévère ; il prescrit seulement d'éviter les choses fortes et les boissons chaudes, telles que le thé et le café, et de faire autant d'exercice qu'ils en peuvent supporter. Il les fait promener longtemps, même avec les vésicatoires aux jambes, application qu'il emploie assez fréquemment.

Dans les accès de délire qui pourraient être dangereux pour les assistants ou pour le malade lui-même, on lui passe de force un gilet fermé devant et dont les manches sont plus longues du double qu'à l'ordinaire ; on croise ces manches derrière, et on les fait revenir sur le devant où on les attache ensemble (1). Le malade est ainsi mis hors d'état de nuire, sans qu'aucune ligature puisse le blesser : on lui donne à manger comme on le fait aux petits enfants ; et cette situation, à tous égards très désagréable pour lui, fait sur son esprit une impression assez forte pour lui inspirer une crainte salutaire, en sorte que, lorsqu'il l'a éprouvée, quelquefois la simple menace du gilet suffit pour le contenir. Il est cependant des cas extrêmes où l'on est obligé à des traitements plus rigoureux, comme par exemple la ligature avec des cordes. Si le malade en vient à frapper son gardien, celui-ci lui rend les coups sans scrupule ; car le sentiment de la

(1) Ce gilet de force ne diffère en rien des camisoles dont on se sert aujourd'hui, et dont généralement on ne fait pas remonter si loin l'origine.

(Note du rédacteur.)

crainte est la première et pendant longtemps la seule prise qu'on obtienne sur l'esprit des maniaques.

Le symptôme le plus ordinaire de ces maladies est une indépendance presque eutière de l'âme relativement aux impressions des objets extérieurs ; ils n'excitent ni perceptions ni sensations.

L'attention est absolument indépendante de la volonté ; et celle-ci, dans un esclavage humiliant, flotte ballottée par des erreurs, des absurdités, des fantômes qui se succèdent sans intervalle et sans fin. C'est donc secourir efficacement un malheureux dans cet état, que d'agir par les moyens extérieurs assez fortement sur lui, pour fixer son attention, dût-il souffrir d'ailleurs de cette action ; car on l'aide ainsi à recouvrer la faculté de commander momentanément cette même attention, jusqu'à ce qu'il en reprenne tout à fait l'habitude. C'est là l'espèce de service qu'on lui rend en lui inspirant de la crainte ; lorsqu'il craint, il commence à raisonner plus juste, à conclure des effets aux causes, du passé à l'avenir : c'est un premier pas essentiel.

Il faut d'autant plus d'art pour se faire redouter des maniaques sans employer des moyens violents, que, dans l'état d'exaltation qui leur est si fréquent, leurs facultés physiques et morales acquièrent une énergie extraordinaire, qu'ils ont même le sentiment exagéré de cette énergie, sentiment qui les persuade que rien ne peut leur résister. L'ami de qui nous tenons ces informations, et qui a conservé la mémoire des diverses impressions qu'il a éprouvées pendant sa maladie, nous a communiqué quelques détails curieux.

« J'attendais toujours avec impatience, nous dit-il, l'accès
» d'agitation qui durait dix à douze jours, plus ou moins, parce
» que je jouissais pendant toute sa durée d'une sorte de béatitude ; tout me semblait facile, aucun obstacle ne m'arrêtait
» en théorie ni presque en réalité ; ma mémoire acquérait tout
» à coup une perfection singulière ; je me rappelais de longs
» passages des auteurs latins ; j'ai peine à l'ordinaire à trouver

« deux rimes dans l'occasion , et j'écrivais alors en vers aussi
 « rapidement qu'en prose ; j'étais rusé , malin même , fertile en
 « expédients de toute espèce (1).

« La complaisance de ceux qui , pour ne pas me pousser à
 « bout , me laissaient donner carrière à toutes mes fantaisies ,
 « renforçait dans mon esprit la persuasion de mes pouvoirs
 « supérieurs , et soutenait mon audace ; mon insensibilité au
 « froid , à la chaleur , à tous les petits inconvénients de la vie ,
 « la justifiait encore ; enfin un égoïsme profond et concentré me
 « faisait rapporter tout à ma personne. Mais si ce premier genre
 « d'illusions me rendait heureux , je n'en étais que plus à
 « plaindre ensuite dans l'accès d'abattement qui le suivait tou-
 « jours , et qui durait à peu près autant.

« Je me reprochais alors toutes mes actions passées et jusqu'à

(1) Le trait suivant donnera une idée de leur fertilité en stratagèmes ; nous le tenons du magistrat même qui en fut le témoin et la dupe. On avait été contraint de mettre dans les prisons de notre ville un maniaque qu'on ne pouvait plus contenir ; là , une de ses occupations favorites était de chercher par tous les moyens possibles à se procurer de fréquentes visites du geôlier , pour l'accabler ensuite d'injures lorsqu'il paraissait. On devine que celui-ci ne s'y laissa pas tromper longtemps , et ne vint plus. Un magistrat qui interrogeait un prisonnier dans une chambre voisine de celle du malade l'entendit faire ses cris d'appel ordinaires , et n'y fit pas d'abord beaucoup d'attention ; ils devinrent peu à peu plaintifs , puis s'affaiblirent graduellement et parurent finalement venir d'un homme agonisant. Il envoie le geôlier pour s'assurer de son état et le secourir s'il en est besoin. Celui-ci hésitait , soupçonnant quelque nouvelle ruse ; il monte cependant , et , regardant à travers la serrure , il voit le malade pendu !... Il court hors d'haleine avertir le juge ; ils montent ensemble , se hâtent de secourir le malheureux... Ce n'était qu'un fantôme que le maniaque avait fort artistement fait avec ses draps et ses habits , et lui-même sortant alors de dessous son lit : « Ah ! (dit-il au magistrat) c'est donc ainsi , monsieur le juge , que vous faites votre office ! c'est ainsi que vous veillez à la santé et au bien-être des prisonniers ? c'est ainsi que vous les forcez à employer la ruse pour se faire visiter ! Vous devriez rougir , etc. »

» mes idées mêmes. J'étais timide, honteux, pusillanime, incapable d'action, soit au physique, soit au moral; et le passage de l'un de ces deux états à l'autre se faisait brusquement, sans aucune transition, et presque toujours pendant le sommeil. »

Les maniaques qui éprouvent ainsi des accès alternatifs et opposés, ceux-là aussi dont les rêveries sont comme ambulantes et n'ont point d'objet fixe, sont plus faciles à guérir que ceux à simple marotte. Il en est de même de ceux dont le délire est de nature à ne laisser dans la mémoire que peu ou point de traces de ce qui s'est passé durant l'accès. Mais de toutes les folies, les plus opiniâtres sont celles dont les objets se trouvent hors de la sphère des sens : telle est l'exaltation des idées religieuses. C'était là en particulier le caractère de la maladie de la reine de Portugal.

Un autre sentiment, outre la crainte, paraît encore avoir une influence puissante sur l'esprit des malades, c'est celui de la *nécessité*. Ils ne tardent pas à voir qu'ils sont décidément obligés de se soumettre à ce qu'on exige d'eux; que la volonté du docteur est pour eux une loi fixe et immuable.

Lorsque par une grande variété de moyens on leur a imprimé cette idée, il ne leur viendra pas plus à l'esprit de résister à cette volonté, que de lutter contre les lois de la nature. La cessation absolue de tout commerce avec les personnes avec lesquelles ils ont eu les moindres relations est encore une mesure importante et toujours exigée; et dans certains cas, le docteur use avec un grand succès de la permission, ménagée avec art, qu'il donne aux malades de voir les gens qui les intéressent. Il remarque que, toutes choses égales, un étranger est plus facilement guéri qu'un Anglais; sans doute parce que son isolement est plus complet, puisqu'il ne connaît pas même la langue de ceux qui l'environnent.

Les premiers signes d'une guérison approchante sont les changements dans la durée des accès alternatifs d'exaltation et

d'abattement ; peu à peu ces derniers se prolongent à mesure que les autres diminuent, et lorsque ceux-ci disparaissent enfin, l'abattement est permanent, mais l'esprit est ouvert alors au raisonnement et le cœur accessible aux consolations. Le docteur Willis les administre avec une adresse merveilleuse ; il dit souvent aux malades qui, arrivés à ce terme, sont affectés de la crainte de retomber, que cette crainte même doit être le symptôme le plus rassurant pour eux, parce qu'il en est de cet instinct comme de celui qui préside aux actions morales. « Lorsqu'on a (dit-il) constamment devant les yeux la crainte du mal, on ne le fait jamais. »

Les deux sexes paraissent également sujets à cette classe de maux, dont les causes sont extrêmement difficiles à assigner. Au moral, des chagrins violents, un travail excessif de tête ; au physique, des accidents internes dans l'organisation, en sont les causes les plus ordinaires.

Le malade de qui nous tenons les détails qui précèdent éprouva par exemple ses premiers accidents à la suite d'un incendie pendant lequel il était demeuré longtemps les pieds dans l'eau très froide et la tête exposée à une forte chaleur ; mais d'autres fois le dérangement survient sans causes apparentes, et l'on remarque assez généralement que ses effets tendent à donner au malade un caractère et des habitudes diamétralement opposés à son état ordinaire. L'homme naturellement timide devient excessivement hardi ; la femme douce et confiante se change en une mégère ; on dirait que l'équilibre est rompu entre les forces morales de l'individu, comme il l'est dans quelques unes de ses fonctions vitales, et que l'excès qui résulte de cette rupture, du côté qui l'emporte, constitue l'ensemble des symptômes de la folie. La fièvre l'accompagne rarement, et lui est étrangère.

Tels sont les faits que nous avons pu rassembler sur l'établissement du docteur Willis ; s'il nous parvient à cet égard des renseignements ultérieurs, nous nous empresserons de les communiquer. Il est fâcheux que la distance et les frais de voyage et de

séjour (1) privent nécessairement une bonne partie des malades du continent des secours que nous venons de faire connaître ; mais l'idée seule de l'existence d'un établissement pareil , celle de la possibilité , de la probabilité même de guérison dans la plupart des cas qu'on regardait comme désespérés , sont des idées douces et consolantes ; elles peuvent aussi faire naître ailleurs qu'en Angleterre des établissements analogues , et contribuer ainsi au soulagement de l'humanité.

(1) Ces dépenses varient avec l'état de fortune des individus et la durée du traitement. Le prix ordinaire du docteur est d'une guinée par semaine pour ses remèdes et ses visites ; si l'on y ajoute une guinée pour la pension chez un fermier , et autant pour le salaire du gardien , on en conclura que les frais indispensables s'élèvent à trois guinées par semaine.

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

1848 (2^e, 3^e et 4^e trim.) et 1849 (1^{er} et 2^e trim.).

Gazette médicale de Paris.

1848 (4^e trim.), 1849 (1^{er}, 2^e et 3^e trim.) (1).

Note sur un cas d'induration avec hypertrophie du lobe antérieur droit du cerveau, ayant donné lieu à des accidents épileptiques mortels, par M. DUJARDIN. (Numéro du 25 novembre.)

On est si peu d'accord, je ne dirai même pas sur la lésion anatomique de l'épilepsie, mais bien sur ce que l'on doit toujours entendre par cette expression, que nous croyons devoir reproduire l'observation suivante qui nous a paru offrir, sous plusieurs rapports, un certain intérêt.

« Oas. — François S..., fusilier au 21^e de ligne, arriva au corps le 26 avril 1846, comme remplaçant. La visite obligatoire à son arrivée au corps le reconnut propre au service. Sa constitution était forte, son tempérament sanguin, sa taille moyenne; les muscles étaient bien développés. Il ne se plaignait point de la maladie dont il a été atteint plus tard, et rien en lui ne pouvait la faire supposer à l'officier de santé militaire chargé de l'examen.

» Dix mois environ après son incorporation, il rentra au quartier vers minuit, dans un état voisin de l'ivresse; il avait été de piquet au théâtre de Rouen. Il tomba subitement en proie à une attaque convulsive. Les camarades de S... l'emportent; un aide-major est appelé. Quand il arrive, le malade était tranquillement endormi.

(1) Voy. *Annales médico-psych.*, t. I, 2^e série, p. 124.

» Interrogé à la visite du lendemain par M. le docteur Vergesse, chirurgien-major, à l'obligeance duquel nous devons ces détails, S... déclara que la veille « étant un peu *poussé de boisson*, il avait » été effrayé en arrivant près du pont qui traverse la Seine par une » ombre qui passa devant ses yeux, et aussitôt il était tombé... » Il ne se rappelait pas autre chose, et déclarait formellement n'être point sujet à de tels accidents, qu'il éprouvait pour la première fois.

» Placé en observation à l'ambulance, il y passa quinze jours sans accidents, mais toujours triste et soucieux. Au bout de ce temps, il fut renvoyé à sa compagnie avec un ordre de surveillance. Cela se passait au commencement de 1847. Rien n'eut lieu jusque vers la fin de cette année; mais alors une nouvelle attaque eut lieu. Elle ne fut pas encore observée, l'officier de santé étant prévenu trop tard.

» La bonne foi de S... pouvait être suspectée; on le garde un mois à l'infirmerie: rien encore. Des informations prises sur ce fusilier, il résultait: « qu'il buvait quelquefois; qu'il se fâchait souvent avec ses camarades pour la cause la plus frivole; qu'ordinairement il était sombre; que c'était un *vrai surnois*, dit un » de ses camarades. »

» Cependant S... répond aux questions avec facilité; les mots sont nettement articulés, l'intelligence paraît intacte; seulement M. Vergesse croit remarquer que ses pressantes questions lui étaient pénibles: il chercha à y mettre fin le plus tôt possible. On était fort disposé à croire à une simulation; pas d'attaque, rien de notable jusqu'à la fin de février 1848.

» Lorsque nos régiments furent désarmés, les soldats se débarrassèrent, la voix des officiers fut méconnue, la discipline rompue. S..., on ne sait comment, se trouva au sac du château de Nenilly; il but tout à son aise, se disputa, et fut précipité d'une fenêtre sur le sol, la tête la première.... Comment se tira-t-il de là? on l'ignore. Trois jours après, il avait rejoint son régiment à Versailles; il avait la tête contusionnée, la face noire d'ecchymoses, mais il n'alla pas se plaindre; il ne confia son secret qu'à un soldat, et ce soldat, devenu sergent, raconte aujourd'hui ce fait longtemps caché pour de bonnes raisons. S... n'était *pas très causeur*, ajoute le sous-officier, *pas bête, bon enfant, mais très facile à fâcher, surtout lorsqu'il avait bu.*

» Depuis cette époque, les accès furent plus fréquents; M. le chirurgien-major put en observer un. Avant de tomber, S... avait tourné plusieurs fois sur lui-même pour aller s'abattre à quelques

pas. Roideur tétanique, yeux renversés et immobiles, bouche écumieuse et entr'ouverte sans distorsion, face pâle, peu ou point de soubresauts musculaires. On ne remarqua point qu'un côté fût plus affecté que l'autre; insensibilité complète; gémissements sourds et profonds; respiration entrecoupée; les mouvements du cœur ne sont pas tumultueux, seulement de temps en temps, pendant l'effort d'un soubresaut violent, le cœur vient battre fortement la paroi thoracique; ce battement coïncide avec des mouvements brusques des extrémités et un gémissement: on dirait que le patient a reçu une décharge électrique. Ces phénomènes durent près d'une demi-heure, puis succède un sommeil comateux. Quelques heures après, S... se réveille sans souvenir de ce qui s'est passé, sans interroger ses camarades, sans dire un mot, il sort et va à ses affaires.

» En juillet 1848, S... étant ivre fut si violemment atteint à la suite d'un accès de colère, que M. Vergesse craignit de le voir succomber, et même le crut mort pendant quelques instants. Les phénomènes durèrent vingt minutes; ils furent suivis d'un état comateux dont le malade ne sortit que douze heures après. Il fut renvoyé le 25 juillet à l'hôpital du Gros-Cailhou, et placé dans le service de M. le docteur Rodes; il en est sorti le 12 octobre. Son épilepsie étant constatée, il devait être réformé à la prochaine revue trimestrielle.

» Mais depuis sa sortie, un accès survient chaque jour; le malade laisse alors échapper les urines et les matières fécales. Les convulsions durent peu, mais l'état comateux s'est prolongé jusqu'à vingt-quatre heures.

» Le jour de son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire le 23 octobre, S... se présenta à la visite; il paraît sombre, il répond aux questions la tête baissée; il met un certain intervalle entre les demandes et les réponses qui sont lentes, mais bien articulées et justes. Lorsqu'on l'envoie à l'hôpital, il dit, après un instant: « Mais, major, » il me faudra la voiture, car je pourrais tomber en route, et ce » ne serait pas amusant. » Il fallait absolument enlever ce malheureux du milieu de ses camarades; il n'y avait plus de service possible pour lui avec des attaques si rapprochées. S... fut apporté au Val-de-Grâce le 23 octobre; il avait vingt-quatre ans: l'invasion de sa maladie remontait à vingt mois.

» A l'instant même de son entrée à l'hôpital, pendant que s'accomplissent les formalités d'inscription, il est pris d'une attaque. Le chirurgien de garde, aussitôt prévenu, le fait coucher, remarque l'absence de vomissements arachnidiens, l'absence d'odeur alcoo-

lique; le billet, d'ailleurs, lui apprend que ces attaques sont habituelles. Le malade, dit cet officier de santé, est en proie à des convulsions, la face est injectée, l'écume aux lèvres; le pouls est très petit, presque insensible pendant les paroxysmes convulsifs, il redevient assez fort pendant leurs intervalles; il y a alors résolution complète. Les lèvres sont cyanosées; du sang noir et coagulé obstrue les narines; les pouces sont fléchis dans la paume de la main; il y a érection; les mouvements convulsifs sont égaux dans les membres supérieurs, nuls aux membres abdominaux. A la face, toutes les contractions avaient lieu dans le côté *droit*.

» On parvint à faire avaler une potion éthérée; 30 sangsues furent appliquées aux apophyses mastoïdes, et des sinapismes aux mollets et aux cuisses. La congestion cérébrale augmente néanmoins de moment en moment par l'effort; secousses convulsives: on se prépare à ouvrir la veine, le malade expire avant qu'on en ait le temps. Apporté à trois heures, il meurt une heure après son entrée. »

A l'autopsie, outre les lésions ordinaires de l'asphyxie, on trouva dans le crâne les lésions suivantes :

» Cuir chevelu très riche de sang, pas de cicatrices apparentes à l'extérieur ni par la dissection. Crâne à côtés égaux en capacité, à épaisseur normale, égale des deux côtés.

» Pas d'adhérences ni de décollements de la dure-mère; sinus gorgés; arachnoïde humide. Vaisseaux périphériques du cerveau gorgés de sang.

» En détachant la dure-mère, on arrache avec elle l'arachnoïde cérébrale de l'extrémité inférieure du cerveau.

» Le lobe antérieur droit du cerveau, dans toute son épaisseur verticale et horizontale, jusqu'à la scissure de Sylvius, est manifestement plus volumineux que son congénère. Les circonvolutions sont pressées et aplaties; les anfractuosités très étroites; la pie-mère y est réduite à un réseau infiniment ténu. Cette partie est beaucoup plus dure que sa congénère, et l'on remarque une coloration blanche plus éclatante que de l'autre côté.

» Des coupes horizontales sont pratiquées: la substance cérébrale est consistante comme l'est le mésocéphale après trois ou quatre jours de macération dans l'acide azotique faible; elle se coupe à vives arêtes. La coloration est d'un blanc éclatant dans toute l'étendue des coupes supérieures; il n'y a pas de substance corticale apparente par la consistance ni par la couleur. Le maximum de dureté se trouve dans les circonvolutions les plus antéro-inférieures; le minimum, encore très marqué, à la scissure de Sylvius. La

corne antérieure du ventricule latéral droit est effacée; le lobe extérieur a, à ce niveau, 3 ou 4 millimètres de plus que son congénère, dans le sens antéro-postérieur. Le corps strié, qui doit avoir été refoulé, a la consistance normale, comme celui de l'autre côté, et, à partir de ce niveau, l'induration cesse complètement.

» Mesurée au niveau du corps calleux, la coupe horizontale du cerveau reposé dans le crâne présente 124 millimètres de largeur, dont 66 millimètres pour le côté droit, à 2 centimètres en avant de la scissure de Sylvius, et 58 millimètres pour le côté gauche sain.

» A ce même niveau, on découvre, au milieu de la coloration blanche éclatante, au centre du lobe induré, un noyau de coloration diffuse, une sorte de nuage teint en rose de mauve ou hortensia; ses contours se fondent insensiblement; la consistance y est aussi grande qu'à la périphérie de l'induration; son étendue approximative est de 25 millimètres en tous sens.

» Dans la tranche la plus inférieure parallèle au plafond de l'orbite, on trouve l'induration encore considérable; la teinte hortensia centrale a cessé d'être apparente, mais on peut reconnaître ce qui appartient à la substance grise corticale des circonvolutions les plus inféro-postérieures, immédiatement en avant de l'artère cérébrale moyenne.

» Les scissures de Sylvius indiquent, ainsi qu'il a été dit, le niveau transversal, auquel cessent brusquement l'induration et l'augmentation de volume du lobe antérieur droit.

» Dans le reste de l'encéphale, on ne trouve aucune lésion de la substance nerveuse; les vaisseaux hypérémiés laissent suinter un sablé sanguin abondant sur les tranches des parties saines, tandis qu'ils n'en fournissaient pas du tout dans la région indurée. Le ventricule droit paraît avoir été effacé par la pression dans sa corne antérieure; il contient quelques gouttes de sérosité limpide, comme son congénère et comme le troisième ventricule.

» La moelle n'offre rien de notable.

» La partie malade du cerveau restait seule intacte lorsque, après six jours, la pièce étant décomposée, il suffisait d'y projeter de l'eau avec une éponge pour entraîner par débris la pulpe cérébrale saine. Les tranches indurées conservaient leurs contours nets et les arêtes vives de leurs coupes. »

Parmi les particularités les plus intéressantes de cette observation, nous citerons l'ivrognerie de cet homme, que l'on peut, en l'absence de renseignements, considérer aussi bien comme un résultat que comme la cause de la lésion cérébrale; ce mouvement de rotation du malade sur lui-même; cette hallucination qui semble

avoir été la cause occasionnelle des premières attaques; l'absence de lésions graves de l'intelligence, et par contre le trouble des fonctions morales et affectives, tous phénomènes dont il est difficile de trouver le rapport avec les altérations anatomiques constatées à l'autopsie.

Recherches sur l'atropine, par MM. BOUCHARDAT et STUART-COOPER. (Numéro du 16 décembre.)

Il n'est point de praticien qui ne sache combien est variable l'action des différentes préparations de belladone les plus employées en thérapeutique. Depuis longtemps on connaissait le principe actif de cette plante, l'atropine; mais elle n'était point encore entrée dans le domaine de la thérapeutique ordinaire. Le travail de MM. Bouchardat et Stuart-Cooper a été entrepris dans le but d'étudier cette base, d'en indiquer les propriétés thérapeutiques, et de fixer les doses et les formes pharmaceutiques sous lesquelles il convient de l'administrer. L'observation suivante rapportée par ces médecins, et qui est relative à un cas de chorée chronique, peut donner une idée des usages thérapeutiques de l'atropine.

« OBS. — Casimir F. V... est un homme de trente-cinq ans, assez maigre, d'une constitution moyenne, d'un tempérament nerveux, d'une taille petite et svelte; cuisinier, maître d'hôtel, limonadier, cherchant fortune dans divers pays, rapportant de chaque voyage quelque pénible souvenir de sa vie de lovelace. Né à Turin, en Piémont, il a été atteint de scrofules dans son jeune âge, et, à peine avait-il neuf ans, qu'on lui fit l'amputation de la phalange du pouce gauche et l'ouverture d'un vaste abcès lombaire. Depuis l'âge de dix à onze ans, il n'a rien ressenti de ses humeurs froides. A quinze ans, il a eu une fièvre intermittente qui dura six mois, quoi qu'on y fit, et qui sembla mettre au défi le sulfate de quinine et tous les autres fébrifuges, tant qu'il demeura dans les lieux infectés. Des chancres et des bubons furent les suites de ses premiers rapports sexuels; il avait alors vingt ans seulement. Il subit un traitement antisypilitique pendant trois mois, et il fallut avoir recours aux mercuriaux pour l'en guérir.

« Il est allé à Lyon à vingt-trois ans. Pendant son séjour de trois ans en cette ville, il a eu deux blennorrhagies qui furent successivement guéries au moyen de fortes doses de poivre cubèbe. Agé de vingt-six ans, lorsqu'il vint à Paris pour la première fois, la capitale ne devait pas lui être plus favorable que le chef-lieu du Rhône; aussi y était-il bientôt atteint d'une violente gonorrhée cordée, difficile à guérir, et qui ne céda qu'à la longue.

» Il partit ensuite pour les Indes orientales, où il demeura deux ans dans une sagesse qui le mit à l'abri du mal vénérien; pendant son voyage de retour, il eut le scorbut, qui se dissipa peu de temps après son arrivée en Europe.

» Il est resté ensuite trois ans à Londres; sa mauvaise fortune le poursuivant toujours, le frappa deux fois de chancres et d'adénite syphilitique. Il en a été guéri complètement par des pilules dont il ignore la composition, mais qu'il suppose de nature mercurielle.

» Enfin, il est revenu en France pour descendre bientôt à l'Hôtel-Dieu de Paris, atteint d'une chorée chronique qui avait commencé par un léger mouvement involontaire de temps en temps aux deux mains, et qui était arrivée graduellement au point d'être une danse involontaire et continue. C'était avec difficulté qu'il portait sa main à la bouche, ou qu'il marchait.

Entré à l'Hôtel-Dieu, il y a quatre ans, on a essayé successivement sur lui, dans les différents services où il a été placé, tous les traitements vantés contre la danse de Saint-Guy depuis quelques années, c'est-à-dire :

» De l'iodure de potassium à forte dose, continué pendant trois ou quatre mois;

» Des bains sulfureux tous les deux jours; ce moyen a été employé pendant plusieurs mois;

» Des bains de vapeur;

» De la noix vomique;

» Des révulsifs;

» Des antispasmodiques.

» Entré dans le service de M. le professeur Rostan, il lui prescrivit des bains tièdes prolongés. C'est un moyen que cet habile maître conseille depuis trente ans dans le traitement de cette affection, et dont il parle tous les ans dans ses cours. On ne peut donc pas s'étonner de voir ce moyen proposé comme une découverte nouvelle par un médecin qui a vu disparaître une chorée après deux bains chauds. (Voir *Union médicale*.)

» M. Rostan pense, du reste, que la chorée aiguë guérit toujours, quel que soit le moyen qu'on emploie, tandis que la chorée chronique résiste le plus souvent aux ressources de l'art, et guérit bien rarement. Or il avait affaire, chez ce malade, à une chorée chronique, et par conséquent son pronostic lui était peu favorable.

» Les bains tièdes prolongés n'ayant porté aucun soulagement à son état, le professeur Rostan lui prescrivit de la poudre de racine de belladone, à la dose de 0,05 grammes par jour, pendant six

jours, puis il en augmenta la dose de 0,05 tous les jours, jusqu'à celle de 0,60. Enfin, ultérieurement, cette dose a été portée, en suivant la même progression croissante, jusqu'à celle d'un gramme par jour. Cette dernière dose diminua notablement les mouvements convulsifs du malade, sans les faire cesser, mais elle produisit aussi des accidents cérébraux, tels que la cécité, des bourdonnements dans les oreilles, des étourdissements, de la faiblesse dans les membres, de l'inappétence, des nausées, etc.

» Le malade eut le courage cependant de continuer à prendre cette dose élevée de poudre de racine de belladone pendant plus de quinze jours, malgré l'état incessant de malaise qu'elle lui faisait éprouver. Mais les mouvements choréiques, amendés sous ce traitement, restaient stationnaires, et il fut forcé d'y renoncer, ne pouvant supporter plus longtemps la belladone à cette dose élevée; l'ayant ensuite diminuée à celle de 0,60 qu'il pouvait supporter sans inconvénient, la chorée reprit au bout de quelques jours son intensité première. Le médicament fut alors supprimé, et le malade est resté pendant quelque temps sans aucun traitement.

» L'un de nous l'a soumis plus tard à l'action des arsenicaux; c'est l'arséniate de soude qui a été mis en usage avec une grande surveillance et à une dose assez élevée, mais sans aucun avantage appréciable.

» On fit ensuite des démarches administratives pour le faire entrer à Bicêtre comme incurable; mais la décision du conseil des hôpitaux ne lui ayant pas été favorable à cause de sa qualité d'étranger, il semblait abandonné à son triste sort sans espoir, lorsque nous avons essayé sur lui l'action de l'atropine. Son économie étant habituée depuis longtemps à l'usage des poisons, nous avons commencé chez lui à la dose de 0,005 qui a été portée le lendemain à 0,0075, et le quatrième jour à 0,01. A cette dernière dose, il y a eu quelques phénomènes cérébraux assez passagers; nous avions besoin cependant de savoir à quelle dose il pouvait la supporter sans accidents, car le succès de son traitement en dépendait; aussi le cinquième jour, nous lui avons fait administrer 0,015. C'est la méthode endermique que nous avons employée, et le quatrième jour, lors du pansement du premier vésicatoire avec 0,01 d'atropine, nous avons fait appliquer un deuxième vésicatoire, afin de pouvoir y appliquer le lendemain, c'est-à-dire dès le premier pansement de celui-ci, la dose de 0,015, afin de nous garantir la prompte et complète absorption de ce puissant agent.

» Voici l'état fonctionnel du malade immédiatement avant ce pansement (fait le 6 octobre 1847) :

» Circulation : Pouls 76 à 80 ; régulier.

» Respiration : Pouls 20.

» Fonctions digestives normales.

» La chaleur animale ne présente rien de remarquable.

» Innervation ; point de trouble dans les sens, seulement la pupille est dilatée, ce qui résulte de l'administration du médicament depuis quatre jours. Pas de céphalalgie ou d'étourdissements ; pas d'engourdissements ni de fourmillements dans les membres. Pas d'anesthésie ; cependant la sensibilité est diminuée sur le côté droit de la face. Les mouvements involontaires sont prononcés, mais à un degré beaucoup moindre que ceux qu'il éprouvait avant son traitement par l'atropine.

» L'épiderme du vésicatoire ayant été enlevé, on laisse tomber sur la plaie vive, et de manière à en occuper la plus grande surface possible, 0,0075 d'atropine, qui produit une vive douleur locale ; un quart d'heure après ce pansement, les pupilles sont plus dilatées ; il existe un petit mouvement convulsif à droite de la figure, ainsi qu'un clignotement des deux yeux. Sensation de pesanteur de tête sans douleur. Pouls 80. Une demi-heure après, les lèvres sont sèches ; nous lui en faisons appliquer sur la même place et à côté de la première partie une nouvelle dose de 0,0075, faisant en tout 0,015 d'atropine ; elle produit de nouveau une vive douleur locale comme (pour nous servir de l'expression du malade) si on lui passait dessus un fer chaud.

» Une demi-heure après ce deuxième pansement, la vue se trouble ; la lecture lui est impossible ; il entend parfaitement ; la tête est lourde, dit-il, comme s'il avait bu un excès de vin. Quelques mouvements involontaires dans la jambe gauche et dans les bras. Le côté droit de la face est toujours peu sensible. En le pinçant fortement, il n'accuse que peu de douleur comparativement à celle que produit le même degré de pression sur l'autre côté. Bientôt la langue s'embarrasse ; il a de la peine à s'expliquer ; un peu de stupeur ; il est comme endormi ; étourdissements ; sorte d'ivresse ; sensation de sécheresse à la bouche ; 84 à 88 pulsations. La chaleur animale est normale. Une heure après le pansement, il existe une agitation dans tout le corps, surtout à gauche ; il ne peut rester tranquille, mais change fréquemment de place. Bientôt le trouble intellectuel se prononce davantage. Il commence des phrases sans les achever ; les premières paroles prononcées, il ne se souvient plus de ce qu'il voulait dire. Embarras dans la parole ; la sensibilité est conservée. Une heure et demie après le pansement, il se lève de son lit pour aller aux lieux, à l'autre bout de la salle, pour uriner.

Tout le long du chemin, il ouvrait les rideaux des autres lits en demandant un torchon, et, arrivé au bout de sa course, il n'a pu uriner. Il parle en divaguant du régime des différents malades dans la salle. Il voit des couleurs qui n'existent pas; ses mains lui paraissent jaunes; il en tire les doigts avec force et sans savoir pourquoi. Aucune hallucination de l'ouïe. La tête est un peu lourde; la sensibilité tactile n'a point varié; partant elle est conservée dans le même état qu'au commencement de l'expérience. La gorge est sèche; 80 pulsations; respiration normale.

» Deux heures après le pansement, bras droit agité de mouvements involontaires, brusques, suivis d'un mouvement de repos, pour recommencer quelques instants plus tard. Il cherche des corps qui n'existent pas; il s'agite continuellement; sa figure exprime plutôt la gaieté que le malaise. Il rit souvent quand on lui parle, comme si son esprit, ne saisissant pas le sens des questions qu'on lui adressait, en formait des contrastes ridicules, en même temps qu'avec ses mains il cherche à ramasser tout ce qui est à sa portée. Sensibilité conservée; 80 pulsations; sécheresse de la gorge. il n'a pas uriné. Rien de remarquable à la peau.

» Deux heures et demie après le pansement, il a 80 à 84 pulsations; il parle tout seul, et ne répond plus aux questions qu'on lui fait. Toujours de la carphologie. Il se lève sans but, puis il se recouche. Agitation continuelle; la sensibilité n'a pas été modifiée. Si on le pince légèrement, il sort de sa préoccupation morbide pour en accuser la douleur. Cet état persiste ensuite pendant environ trois heures, c'est-à-dire cinq à six heures après l'apposition de l'atropine sur la plaie. L'action de ce puissant agent a cessé graduellement de se manifester. Il tient encore des propos déraisonnables de temps en temps; mais il suffit de fixer son attention pour qu'il reconnaisse son erreur et en rie. Il a uriné. Le lendemain, tout effet toxique avait disparu complètement, mais non l'effet thérapeutique. La partie centrale a reçu une modification telle, que les mouvements choréiques ont été considérablement diminués. Nous avons continué l'usage du médicament en en diminuant la dose à 1 centigramme, et en en changeant le mode d'administration. Nous le lui avons fait prendre dans une potion, afin d'éviter la douleur locale. Il a pu s'habituer à cette dose au bout de deux jours sans inconvénient, et peu à peu les mouvements involontaires ont complètement cessé. Aussi, depuis plusieurs mois, fait-il auprès de l'un de nous l'office d'infirmier à notre visite à l'Hôtel-Dieu.

» Le malade a pu depuis lors tenir une plume et écrire une lettre, ce qu'il n'avait pu faire depuis quatre ans. »

Nous n'avons pas besoin de faire observer que l'atropine peut s'employer dans tous les cas où l'on administre ordinairement la belladone. Nous avons vu dernièrement M. Baillarger administrer, avec quelque apparence de succès, chez un épileptique aliéné, le sirop d'atropine contenant 1 centigramme de cette base pour 100 grammes de sirop. Pris dès le début à la dose de 20 grammes (soit 2 milligrammes d'atropine), ce sirop a produit chez un adulte une dilatation notable de la pupille.

Deux cas de névrose des mouvements volontaires de la progression, par M. TOULMOUCHE (de Rennes). (Même numéro.)

Nous avons dit plusieurs fois combien était peu connue, parmi les médecins non spécialistes, la maladie décrite sous le nom de paralysie générale des aliénés, et à laquelle il serait, je crois, préférable de donner le nom de paralysie générale progressive. Voici un praticien distingué sous tous les rapports, s'étant spécialement occupé d'anatomie et de pathologie du cerveau, et qui semble ignorer jusqu'au nom de la paralysie générale. Les deux observations que M. Toulmouche rapporte sous le nom de névroses des mouvements volontaires de la progression offrent, en effet, avec certains cas de paralysie générale progressive une telle analogie, pour ne pas être plus explicite, que si l'auteur eût connu cette dernière affection, il n'eût pu se dispenser d'en dire au moins quelques mots dans les réflexions dont il a accompagné ces deux observations. Nous ne pouvons mieux faire d'ailleurs pour démontrer la vérité de ce que nous avançons ici, que de reproduire les deux faits dont il s'agit :

« Obs. 1^{re}.—Rouillard, âgée de trente et un ans, entra le 3 novembre 1837 à l'infirmerie, pour une névrose des mouvements volontaires de la progression compliquée d'aménorrhée. Je crus devoir d'abord combattre cette dernière par l'application de trois sangsues au haut et en dedans de chaque cuisse, par celle de ventouses sur les mêmes parties.

» 4. La maladie était caractérisée par des mouvements de recul durant la marche, qui était très difficile, irrégulière, comme chez une femme ivre. Le centre de gravité ne pouvait être maintenu. Les mouvements de la préhension s'effectuaient, quoique à un degré beaucoup moindre, avec la même incertitude, et les mêmes contractions anormales les caractérisaient. La malade ne se plaignait d'aucune douleur. (2/6 de grain de strychnine, infusion de tilleul.)

» 6. La dose du même aloïde fut portée à 3/6, et le lende-

main augmentée de 1/6. Comme je n'obtenais aucune amélioration et que cette femme avait séjourné longtemps dans des ateliers humides, je crus, dans l'hypothèse d'une affection rhumatismale qui aurait pu avoir son siège, soit dans les membranes d'enveloppe de la moelle épinière, soit dans les ligaments vertébraux ou les aponeuroses du cou, devoir prescrire un bain de vapeur. L'embarras que j'avais cru remarquer depuis quelques jours dans la prononciation diminua sous l'influence de cette dernière médication.

» 9. Il survint un point de côté pleurodynamique qui céda à l'application de larges cataplasmes de farine de graine de lin.

» 11. Je fis donner un nouveau bain de vapeur. Le lendemain, le tremblement était moindre, mais la vacillation dans la marche la même, ainsi que le recul de temps en temps. La malade éprouvait en outre des étourdissements; cependant elle marchait un peu mieux. Le même moyen continué ne produisit aucun soulagement.

» 16. Je fis recommencer l'usage de la strychnine à 1 centigramme. Le lendemain, la dose fut portée à 2. La marche était plus assurée; des bains de vapeurs furent donnés simultanément.

» 18. Rouillard ne marchait plus en zigzag, mais on observait encore un léger recul lorsqu'elle voulait s'arrêter. Elle parlait plus distinctement le matin que le soir. Le tremblement des mains et des bras était aussi moindre.

» 19. La dose de la strychnine était de 4/6 de grain. Il en résulta des secousses et des douleurs dans les muscles des jambes. Le lendemain, je fus obligé de la diminuer de moitié.

» 20. La démarche était plus assurée, cependant la malade paraissait encore, par moments, près de tomber en avant, et se plaignait de souffrir dans les mollets. (La demi-ration, 2/6 de grain de strychnine, infusion de tilleul.)

» 25. La marche s'exécutait sans vaciller, excepté en la commençant.

» Deux jours après, comme elle continuait à être naturelle, la dose de l'acaloïde fut réduite à 1 centigramme.

» Enfin, le 29, cette médication fut cessée, et la malade sortit le 1^{er} décembre. »

« Obs. II. — Geslin, âgée de trente-cinq ans, entra à l'infirmerie le 23 juillet 1838, offrant tous les symptômes d'une paraplégie commençante, avec intégrité des facultés intellectuelles. Cette femme était rouge, ne pouvait se soutenir sur ses jambes, bien qu'elle n'eût fait aucune chute. Je prescrivis une saignée de 440 grammes et une limonade.

» 24. La paralysie était plus forte dans la jambe gauche. Il y avait de l'embarras dans les mouvements de la langue, dans l'action de parler ; tout le rachis était sensible à la pression. Je considérai ces accidents comme le résultat d'un état congestionnaire du réseau veineux spinal, ou d'une irritation des membranes d'enveloppe de la moelle épinière. Je fis appliquer quinze sangsues le long de celle-ci.

» 25. Le pouls était dans l'état normal. La malade sentait des fourmillements ou picotements le long de la colonne vertébrale, lesquels s'étendaient jusqu'aux orteils, qui avaient conservé de légers mouvements. On observait une insensibilité complète dans le membre abdominal gauche, malgré les pincements les plus énergiques. (Vingt sangsues le long du rachis.)

» 26. J'avais cru remarquer que, vers les huit heures du matin, les picotements étaient plus forts, que la figure devenait froide et qu'il survenait des douleurs dans l'estomac et le ventre. Je fis dès lors prendre 8 décigr. de sulfate de quinine, le lendemain 12 et le jour suivant 8 ; mais il n'en résulta aucun effet, et vers huit heures les accidents furent les mêmes.

» 30. L'insensibilité du membre gauche était la même, mais les mouvements y étaient un peu plus faciles. (4 décigr. de sulfate de quinine, limonade.) Le lendemain, je fis encore donner 20 centigr. du même sel.

» 1^{er} août. Les mouvements de recul dans l'action de marcher donnaient à Geslin la démarche d'une femme ivre, en sorte qu'elle était obligée de se cramponner aux lits pour ne pas tomber. Les mouvements généraux du corps et des membres étaient irréguliers et semblaient ne pouvoir être maîtrisés par la volonté. Il y avait du bredouillement par instants, la jambe gauche fauchait en marchant, le sommeil manquait complètement, et des douleurs se faisaient sentir depuis la première vertèbre dorsale jusqu'au sacrum. (Le quart, tisane laxative, limonade.) Le lendemain, je fis appliquer, de chaque côté du rachis, un long vésicatoire très étroit.

» 4. Comme il n'y avait aucun changement dans l'état de la malade, je prescrivis 2/6 de grain de strychnine, dont on porta la dose, le lendemain, à 1/4, et le jour suivant à 1/3 de grain.

» 9. Il y avait un mieux prononcé ; la marche était ferme ; la jambe ne traînait plus, mais conservait de la roideur, et la sensibilité y était parfaitement revenue. Il était survenu de légères crampes dans les muscles gastrocnémiens. Les douleurs du rachis étaient beaucoup moindres ; la patiente y éprouvait la sensation de dé-

mangeaisons. La dose de la strychnine fut portée à 2 centigr. et demi.

» 10. Il y avait des éblouissements, des étourdissements, des crampes dans les jambes, de la difficulté dans les mouvements de la langue, des efforts pour vomir, un tremblement du membre abdominal droit, nulle fièvre. Ces accidents obligèrent à diminuer la dose de l'alcaloïde et à la ramener à $\frac{1}{6}$ de grain. Le lendemain, il existait encore des contractions comme tétaniques qui empêchaient la marche, et en outre des coliques. (Pédiluve sinapisé.) Je dus me borner à ne prescrire que $\frac{1}{4}$ milligr. de strychnine, durant les jours qui suivirent.

» 16. Geslin était moins bien ; elle traînait la jambe gauche en marchant. Je fis panser la surface dénudée d'un vésicatoire appliqué vis-à-vis l'échancrure sciatique du même côté, avec 4 grammes de cérat associé à 2 centigr. de strychnine. (La demie, décilitre de vin, eau gommeuse.)

» 20. La malade se plaignait d'éprouver à la superficie de la portion à vif du derme la sensation d'une brûlure, mais elle ne fauchait presque plus de la jambe gauche en marchant ; la pointe du pied seulement traînait encore un peu sur le sol ; elle éprouvait néanmoins des tiraillements et des douleurs dans le genou, et elle accusait un grand appétit. J'accordai en conséquence les trois quarts, et le 24 la sortie.

» Geslin fut remontée le 5 septembre à l'infirmerie ; elle ne pouvait de nouveau marcher sans chanceler de côté et d'autre et reculer. La paralysie de la jambe gauche était revenue. (Régime particulier, saignée de 440 grammes, lavement purgatif, limonade.)

» 7. Comme il existait des douleurs le long du rachis, je fis appliquer 20 sangsues sur la partie. Le lendemain, les souffrances étaient moindres, mais la malade traînait toujours la jambe ; elle vomit après avoir mangé. (Le quart, cataplasme anodiné sur l'épigastre, limonade.)

» 9. Je fis faire le long de la colonne vertébrale des frictions avec 8 grammes d'onguent mercuriel et entretenir la liberté du ventre, en administrant un mélange de rhubarbe, d'aloès et de calomel ; en outre je prescrivis de l'eau gommeuse nitrée et un bain entier.

» 12. Sous l'influence de la médication précédente qui avait été continuée, les mouvements devinrent plus faciles, la démarche presque naturelle, à cela près que la pointe du pied traînait. L'appétit devint de plus en plus prononcé. Au bout de quelques jours, je fis interrompre les frictions mercurielles et continuer seulement

les bains tous les deux jours ; mais le 18 j'e fis recommencer les précédentes.

» 21. Geslin fauchait encore légèrement de l'extrémité inférieure gauche, mais n'éprouvait quelques douleurs dans le rachis que rarement et par moments seulement.

» 28. Je fis donner le soir une potion avec 5 centigr. d'acétate de morphine, afin de diminuer l'agitation éprouvée la nuit.

» 1^{er} octobre. Les frictions mercurielles, qui avaient été suspendues depuis cinq ou six jours, furent reprises, et le surlendemain je fis ajouter à chaque dose de 8 grammes de pommade 10 centigr. d'extrait de belladone.

» 7. Il ne résulta aucun effet de l'emploi de cette dernière substance. La rougeur du visage et le retard des règles me firent recourir à une application de quatre sangsues à la partie supérieure et interne de chaque cuisse.

» 8. La malade obtint sa sortie, qu'elle demandait avec instance depuis plusieurs jours. Elle fut remontée à l'infirmerie le 3 novembre 1838 ; elle se plaignait de céphalalgie, de se sentir comme ivre ; elle chancelait et fauchait du pied gauche en marchant. Je prescrivis une tisane laxative, et comme les paupières étaient fortement contractées, et que lorsqu'on les écartait elle ne voyait nullement, je fis oindre le pourtour de l'œil avec 8 grammes de pommade mercurielle associée à 20 centigrammes d'extrait de belladone et appliquer dix-huit sangsues à l'anus, quoique les facultés intellectuelles fussent intactes et qu'il n'y eût simplement que de la rougeur au visage.

» 6. Je tentai de provoquer les règles, quoique les piqûres de sangsues eussent abondamment saigné, en faisant appliquer des ventouses sèches à la partie interne des cuisses et en prescrivant des fumigations et trois pilules emménagogues par jour.

» 7. Il n'y avait pas d'amélioration. (Un vomitif fut administré le lendemain, et dix sangsues posées de nouveau derrière et au-dessus des oreilles.) Geslin continuait à être rouge ; elle ne souffrait point et avait un appétit prononcé. La vision était revenue parfaitement. (Limonade.)

» 9. Le mal de tête et la rougeur du visage persistant, je fis appliquer à la nuque un vésicatoire, dont on entretint la suppuration.

» 10. La démarche de la malade était celle d'une femme ivre, avec mouvements de recul et de titubation. Elle fauchait toujours du pied gauche ; elle éprouvait des étourdissements continuels lorsqu'elle était levée.

» 13. Elle marchait mieux et ne chancelait plus. Les demandes

d'aliments étant incessantes, j'accordai la demi-ration. Le visage était toujours très rouge, mais il n'y avait plus de douleurs de tête, et la marche avait lieu sans que le pied gauche fauchât.

» 16. Geslin étant parfaitement bien, demanda à quitter l'infirmerie, ce qui lui fut accordé.

» Le 12 décembre, elle y rentra pour les mêmes accidents; elle se plaignait de douleurs vives dans le rachis. J'y fis appliquer trente sangsues, et donner, les jours suivants, des bains entiers.

» 16. La marche s'effectuait en chancelant ou avec titubation, avec recul et fauchement du pied gauche. Le visage était rouge, la céphalalgie nulle, l'appétit prononcé.

» 19. Je fis commencer la strychnine à 1/8 de gramme.

» 22. La dose de cet alcaloïde fut doublée; il en résulta un mieux marqué dans la manière dont s'effectuait la marche.

» 24. Le remède produisit de fortes secousses et une espèce d'attaque de nerfs. Je supprimai la seconde pilule.

» 29. Geslin sortit encore une fois guérie, mais probablement pour peu de temps.

» Comme les prisonniers de la maison centrale de détention de Rennes furent transférés dans celle de Vannes, je n'ai plus entendu parler de cette femme.»

Archives générales de médecine.

1848 (2^e, 3^e et 4^e trim.) et 1849 (1^{re} et 2^e trim.) (1).

Considérations sur la névralgie faciale, pour servir à l'histoire de cette maladie, par le docteur NEUCOURT. (Numéro de juin 1849.)

Excellent et consciencieux travail dans lequel M. Neucourt combat plusieurs des notions le plus généralement reçues. Nous regrettons de ne pouvoir en donner une analyse, qui d'ailleurs ne ferait connaître que fort imparfaitement les idées de l'auteur.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale.

1848 (2^e, 3^e et 4^e trim.) et 1849 (1^{re} et 2^e trim.) (2).

De la construction et de la direction des asiles d'aliénés, par M. GIRARD. (Numéros de juillet et d'octobre 1848.)

Ce Mémoire n'est que la reproduction des différents articles que

(1) V. *Annales médico-psychol.*, t. XII, p. 233.

(2) V. *Annales médico-psychol.*, t. XII, p. 231.

M. Girard a publiés dans les *Annales médico-psychologiques*. Nous ne croyons donc point devoir en faire ici une analyse, dans laquelle nous ne pourrions d'ailleurs donner qu'une idée fort incomplète de ce long travail.

Observations médico-légales sur les diverses espèces de suicide, par M. BRIERRE DE BOISMONT. (Numéros d'octobre 1848 et de janvier 1849.)

M. Brierre n'examine dans ce travail que les divers modes de suicide. Nous n'avons donc point à nous en occuper ici. Nous reproduirons cependant le résumé qu'il donne du dépouillement de 4,595 procès-verbaux sur lesquels a porté son examen.

Les suicides formant ce chiffre total se composent :

De 1,426 cas d'asphyxie par le charbon.		
989	—	par submersion.
796	—	par strangulation.
578 cas de mort par armes à feu.		
424	—	par précipitation.
207	—	par instruments tranchants.
158	—	par empoisonnement.
16	—	par écrasement.
1	—	par abstinence.
<hr/>		
4,595		

Journal des connaissances médico-chirurgicales.

1848 (2^e, 3^e et 4^e trim.) et 1849 (1^{re} et 2^e trim.)

Observation de délire aigu. (Numéro d'avril.)

Il est parfois extrêmement difficile de distinguer le délire aigu de la méningite, bien que les auteurs donnent des caractères différents, qui, selon eux, ne doivent jamais laisser de doute. Le fait suivant, qui s'est présenté dans le service de M. Rostan, nous a paru assez important sous ce rapport, pour que nous ayons cru devoir le reproduire dans ce journal :

« Une femme de trente-deux ans, entre le 19 novembre 1847 dans le service de M. Rostan, pour une céphalalgie violente avec éblouissements, tintements d'oreilles ; la malade a perdu sa connaissance, mais il n'y a aucune lésion de la sensibilité ni de la myotilité. Elle est agitée et a du délire pendant toute la nuit. On ne trouve le lendemain que quatre-vingt-seize pulsations et vingt-six respirations ;

la langue est naturelle ; quelques envies de vomir, mais sans vomissements ; rien d'anormal du côté des mouvements et de la sensibilité. Cependant le délire a augmenté au point que l'on est obligé de mettre à la malade la camisole de force.

» Cette incohérence de l'état général avec les symptômes locaux était de nature à jeter dans l'embarras un praticien moins exercé à ces sortes de cas que M. Rostan. Le professeur de l'Hôtel-Dieu pensa d'abord que l'attaque qu'avait cette femme pouvait bien n'être pas la première ; et en effet, il se trouva aux renseignements qu'elle en avait déjà eu deux analogues qui s'étaient dissipées en peu de jours, et que d'ailleurs cette malade était considérée par ses voisins comme n'ayant pas la tête bien solide. Il résultait de ces renseignements que son délire n'était point celui d'une phlegmasie cérébrale, comme eût pu le faire croire l'intensité des phénomènes locaux, mais un simple délire peut-être provenant d'un état d'aliénation mentale. Le traitement vint aussi abonder dans le sens de cette supposition. Il suffit, pour ramener la raison, de deux émissions sanguines, d'un purgatif et de quelques applications froides sur la tête. Le 24, il n'existait plus aucun trouble cérébral. »

Il y aurait bien peut-être quelques observations à faire sur ces deux émissions sanguines suivies d'un succès aussi rapide et aussi complet, mais nos lecteurs y suppléeront eux-mêmes.

Guérison d'une maladie mentale à la suite de lésions physiques graves, par M. LABRUYÈRE, de Montfaucon (Haute-Marne). (Numéro de mai.)

« Le 15 janvier 1847, je fus appelé auprès de B..., cultivateur de la commune de Dumières, âgé d'environ trente ans. Ce jeune homme était en proie, depuis longues années, à une affection mentale continue, caractérisée par la forme mélancolique, une disposition marquée à l'isolement, aux terreurs religieuses, et quelquefois aussi par des exacerbations qui le poussaient à la mutinerie, aux violences même contre ses parents. J'avais été appelé plusieurs fois auprès de ce malheureux, et, en dernier lieu, mon intervention fut demandée pour le faire placer à Lyon dans une maison spéciale. Cela fut fait ; mais, au bout d'un certain temps, il fut ramené sans résultat appréciable.

» A la date précitée, après une demi-journée d'absence, B... était rapporté à son domicile par quelques paysans qui étaient venus conduire du bois à la scierie voisine. Ces sortes d'usines à faire

des planches se trouvent partout dans nos montagnes ; elles sont mues par une force hydraulique considérable ; la scie, mise en jeu par le mécanisme, est très forte et armée de dents très espacées et très longues. Ainsi disposé, cet instrument est plus contondant que tranchant ; et c'est à ses horribles morsures que B... s'était livré volontairement : il avait lui-même lâché le moteur toujours retenu en l'absence du scieur. Je trouvai le malheureux B... sanglant, presque inanimé et couvert d'horribles blessures.

» Depuis l'angle extrême de l'œil gauche inclusivement, jusqu'à la région temporale du côté opposé, au niveau des deux oreilles, le crâne était circulairement dépouillé de ses téguments qui s'échappaient en tous sens, broyés et lacérés. L'oreille gauche reposait presque sur l'épaule, appendue à un énorme lambeau. Depuis et y compris l'extrémité de l'arcade sourcilière, les os étaient exfoliés ou profondément ruginés ; mais à la partie moyenne de l'occipital, la désorganisation était plus profonde : le cerveau était à nu dans une étendue de 7 à 8 centimètres, et tous les fragments osseux, repoussés en dedans, nageaient pour ainsi dire dans sa substance.

» L'avant-bras droit, un peu au-dessous du coude, était complètement séparé : il était resté sur le lieu du sinistre. Les chairs et les muscles étaient déchirés en lambeaux ; le radius et le cubitus faisaient saillie avec des fragments mobiles encore attachés au périoste et aux ligaments. C'était une masse confuse qui échappe à la description... Il ne m'était pas permis de songer à l'amputation immédiate : le blessé était exsangue, et j'avais à ménager les restes d'une vitalité bien près de s'éteindre.

» Les deux jambes avaient été prises dans je ne sais quelle partie du mécanisme, et à partir de la région poplitée, et plus fortement à la jambe gauche jusqu'au gras de jambe, les tissus avaient été détruits par un broiement dont le sphacèle vint bientôt augmenter l'étendue et la gravité.

» Dans cet état de choses, une mort prochaine était dans nos craintes comme dans celles de la famille..... elle ne vint point, pourtant. Mes soins furent assidus et minutieux. Au bout de sept ou huit jours nous pûmes obtenir quelques paroles : elles manifestaient le repentir et l'espoir. L'oreille avait été rattachée et mise en place ; diverses résections avaient été opérées, des lambeaux rajustés. Chaque jour, des esquilles nombreuses étaient extraites de la région occipitale. Plus tard, de larges exfoliations nécrosées se détachaient de la table externe des os du crâne ; il fallait les extirper au milieu des bourgeons charnus qu'ils traversaient et les surmontaient de toutes parts. Le bras, les jambes participaient à ce tra-

vail ; les forces revenaient peu à peu , favorisées par l'appétit et l'usage d'une bonne alimentation ; enfin le sens intellectuel était revenu droit et positif.

» Au bout de trois mois, la cicatrisation était complète partout, excepté au bras, où elle s'est fait attendre encore quelque temps. Le moignon est conique et fort irrégulier : je l'ai fait revêtir d'une enveloppe propre à le garantir... Je vois quelquefois le sujet de cette observation : rien ne fait pressentir un nouveau dérangement des facultés intellectuelles.

» Par un singulier rapprochement du hasard, un fait à peu près identique, quoiqu'il n'ait présenté que la moitié du résultat, m'est tombé sous la main au mois d'octobre dernier. Un homme de la commune voisine (Riotord), âgé de quarante-huit ans, père de famille, se trouvant dans les mêmes conditions morales que le premier, avait eu la triste fantaisie de se faire écraser par une énorme pierre dont la chute était imminente sur le bord d'un tertre, à deux cents pas de sa maison. Il s'arma pour cela d'un levier en fer. Sa femme le suivait de près ; mais elle arriva trop tard. Le fatal projet fut accompli en un clin d'œil. La tête de ce malheureux supporta tout le choc : la face fut littéralement broyée , et le bras droit fracturé. Il vécut huit jours seulement ; mais, pendant tout ce temps, se manifestèrent les signes les moins équivoques d'un complet retour à la raison.

» Le préjugé de nos montagnards en faveur des fortes saignées dans toute affection mentale a trouvé, dans le premier cas, une puissante confirmation. Dans le second, où il n'y avait eu qu'une très petite quantité de sang répandu, la mort est venue arrêter toute réflexion... » Le médecin ne voit dans tous les deux que l'influence puissante d'une modification essentielle de tout l'organisme et du cerveau en particulier.

Epilepsie guérie par des poudres sternutatoires, par M. RÉCAMIER. (Numéro de juillet.)

« Une jeune personne de dix-sept ans était sujette, depuis trois ans, à des accès d'épilepsie qui avaient résisté à tous les remèdes ; la malade vint à Paris consulter M. Récamier. La mère et la jeune personne donnèrent tous les renseignements possibles, et au bout d'une interrogation de *près de quatre heures*, M. Récamier apprit que la jeune personne avait été sujette, dans son enfance, à des rhumes de cerveau et à des épistaxis, que ces coryzas et ces épistaxis avaient diminué peu à peu, et cessé environ *un an ou dix-*

huit mois avant les premiers accès d'épilepsie ; c'est-à-dire avant qu'on se fût aperçu des premiers accès, ce qui sans doute était bien différent. Il prescrivit alors des poudres sternutatoires à prendre comme du tabac à priser, et de manière à ramener le flux nasal et les épistaxis. On devait, par conséquent, varier la force de la poudre et la fréquence des prises.

» Les coryzas revinrent, ainsi que les épistaxis, et les accès d'épilepsie ne tardèrent pas à disparaître complètement. Quelques années après, la santé était encore excellente. »

Nous avons rapporté cette observation sans commentaires. Nous laissons à nos lecteurs à en apprécier la valeur.

Insolation ; phénomènes cérébraux, par M. HENRY, d'Arnaville.
(Numéro de septembre.)

« On a l'habitude au mois de mai, dans nos campagnes, de laver les troupeaux de moutons dans la Moselle ; ce sont les femmes qui sont chargées de cette opération. J'ai traité, cette année, neuf femmes atteintes de congestion cérébrale à la suite de ce lavage. Je ne citerai qu'une observation.

» La femme Sanzel, d'Arnaville, âgée de trente-neuf ans, d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin et régulièrement menstruée, se mit dans la rivière, et fut prise le lendemain, 12 mai, d'une courbature générale, d'étourdissements et de tintements d'oreilles. Je pratiquai une large saignée du bras. Le soir elle eut des accès d'hystérie fréquents, des syncopes qui se succédaient rapidement. Dans l'intervalle des crises elle était assoupie ; les règles apparurent quelques heures, et cessèrent promptement. (Grand bain, saignée du pied ; puis dix sangsues aux cuisses ; lait d'amandes pour boisson.)

» Le 13 et le 14, même état, face décolorée, mouvements convulsifs des membres.

» Le 15, les secousses hystériques cessent tout à fait et sont remplacées par une congestion cérébrale terrible ; un délire affreux s'empare de la malade. Huit sangsues derrière chaque oreille, saignée du bras, sinapismes aux extrémités inférieures. Six vésicatoires volants à la face interne des cuisses, glace sur la tête, lavement avec 30 grammes de sulfate de soude ; purgatif salin : 40 grammes de sulfate de magnésie dans un litre d'eau.

» Le 16 et le 17, mêmes symptômes : quinze sangsues à l'anus et deux saignées du pied.

» Le 18, état désespérant : les parents en ont fait leur sacrifice ; la

langue est râpeuse, sèche, les dents noirâtres, le pouls intermittent, saccadé, les urines involontaires; il y a résolution des membres, soubresauts des tendons; tout annonce une fin prochaine.

» Le 19, à mon grand étonnement, le délire cesse, la connaissance revient, la malade demande à être changée.

» Le 20, il survient une toux violente, accompagnée de crachats sanguinolents, de points pleurétiques, etc. L'auscultation fait percevoir un engorgement des poumons. Ventouses scarifiées au nombre de huit à la base de chaque omoplate, dix sangsues sur le côté malade, boissons pectorales avec l'oxyde blanc d'antimoine... Au bout de quelques jours la malade guérit parfaitement.

» Les huit autres femmes passèrent par la même filière de symptômes; elles eurent le même traitement et guérirent également, à l'exception d'une seule qui succomba.»

L'auteur attribue à l'application de la glace sur la tête l'engorgement des poumons qui survint chez la femme dont il rapporte l'observation. Cette explication est au moins extrêmement plausible. Il faut, en effet, quand on a recours à ce moyen, éviter avec soin que l'eau froide ne tombe sur la poitrine; ce que l'on obtient facilement en donnant des affusions froides dans des bains à 32° ou 33° C.

De l'apoplexie nerveuse, par M. SANDRAS. (Numéro de janvier 1849.)

Discussion pleine d'aperçus ingénieux sur la question si longtemps controversée de l'apoplexie nerveuse, que M. Sandras admet comme affection spéciale, distincte par ses causes, ses symptômes, sa marche et le traitement qui lui convient. Cet article n'est point susceptible d'analyse.

Bons effets de la ligature des membres contre le retour des attaques d'épilepsie. (Numéro d'avril.)

L'emploi de la ligature des membres pour prévenir les attaques d'épilepsie remonte déjà assez loin. Van Swieten, Pierre et Joseph Frank et Tissot y ont eu plusieurs fois recours, et avec succès.

Voici comment s'exprime Van Swieten en parlant de la ligature du membre affecté de l'*aura* :

« Quelquefois cette irritation du nerf, survenue dans une partie du corps éloignée de la tête, est si violente, que la sensation froide de l'*aura* ou celle d'un fourmillement, en remontant vers les parties supérieures, ne manque pas d'apporter le trouble dans les

fonctions cérébrales, même chez les hommes les plus robustes. Il n'y a rien à espérer dans un tel cas des remèdes fortifiants. Les médecins ont alors tenté d'empêcher la sensation d'*aura* ou de fourmillement de remonter, en appliquant, dès l'instant qu'elle se présente, une ligature forte sur le membre; et ils sont souvent parvenus à prévenir l'attaque (d'épilepsie); mais ils ne guérissaient pas pour cela la maladie. Au § 1075, n° 6, nous avons rapporté un cas où l'on arrêta le paroxysme en appliquant une ligature au tibia, lorsque le malade ressentait les prodromes de l'attaque. Galien signale un pareil effet de la ligature sur un enfant chez lequel l'épilepsie (*morbus comitialis*, nom de l'épilepsie chez les anciens) avait son origine dans la jambe (1)... »

Il y a quelques années, j'ai vu M. Piégu employer la ligature des membres pour prévenir des attaques d'épilepsie : seulement ce n'était point dans le but d'arrêter la marche de l'*aura*, comme Van Swieten et Tissot, mais bien pour soustraire une certaine quantité de sang à la circulation générale (2).

Quoi qu'il en soit, M. Sandras a eu dernièrement recours à la ligature des membres pour prévenir une attaque d'épilepsie imminente, et il en a obtenu un plein succès. Voici d'ailleurs cette observation.

« OBS. Une femme d'une trentaine d'années est dernièrement en-

(1) *De locis affect.*, lib. III, cap. XI. — Charter, tom. VII, p. 445. — Voici un extrait du numéro 6 de ce paragraphe de Van Swieten. L'enfant dont parle Galien avait treize ans. Il disait sentir le mal lui commencer dans la jambe, monter le long du fémur, puis le long des côtés du ventre et de la poitrine et arriver au cou et à la tête : c'était alors qu'il perdait connaissance. Galien cite un autre épileptique plus âgé, qui éprouvait la même sensation froide d'*aura*. Galien compare, à cette occasion, la marche de l'épilepsie à celle du venin des morsures d'animaux venimeux. J'ai vu plusieurs cas de ce genre, ajoute le commentateur de Boerhaave, et l'on en trouve beaucoup de semblables dans les auteurs. Il cite encore un cas bien remarquable du *Sepulcretum* de Bonnet, où il s'agit d'un homme de cinquante ans, dont la région inguinale gauche se tuméfiait par intervalles; il s'y développait ensuite une sensation de formication qui descendait jusqu'à la plante des pieds; arrivée là, l'*aura* regagnait rapidement les parties supérieures et l'accès commençait. Les médecins voulaient détruire, par le fer ou le feu, ce foyer d'épilepsie : le malade s'y refusa; mais en serrant fortement la jambe avec une ligature il arrêta le paroxysme. Il arriva un jour qu'il ne put assez à temps appliquer la ligature; il succomba à la violence de l'accès.

(2) V. *Annales médico-psych.*, t. IV, p. 304.

trée dans les salles de M. Sandras, pour des douleurs névralgiques du côté droit de la tête. L'accès revenait tous les jours, mais à des heures variables. M. Sandras prescrit un julep contenant 10 centigrammes d'hydrochlorate de morphine. La maladie résiste à cette médication ; puis arrivent les accidents de l'intoxication par l'opium : anorexie, nausées, vomissements, vertiges. On supprime la morphine, et la névralgie cesse.

» Il n'y a rien d'étonnant dans ce fait. Nous avons eu bien souvent l'occasion de faire ressortir la nécessité, dans certaines névralgies rebelles, de pousser les narcotiques jusqu'à un certain degré d'intoxication. M. Sandras, qui a fait des recherches spéciales sur les névralgies, est tellement habitué à rencontrer ces sortes de cas, qu'il pousse au besoin l'opium ou la belladone jusqu'à saturation ; puis il supprime cette médication, certain que dans la plupart des cas la névralgie est domptée.

» Malheureusement l'affection intermittente ne fit que changer de forme chez cette femme. Pendant qu'elle était encore à l'hôpital, elle fut prise d'attaques d'épilepsie qui revinrent tous les jours, puis plusieurs fois dans la même journée. L'attaque était annoncée par une sensation particulière ou *aura* dans le pied et la jambe gauches. Dans l'intervalle des accès, cette même malade était continuellement agitée de secousses choréiformes. Un jour, on vint annoncer à M. Sandras qu'une attaque était imminente. Ce praticien fit immédiatement placer un lien circulaire autour de la cuisse, à son sommet, avec un tampon sur l'artère crurale. L'attaque n'eut point lieu. La ligature fut maintenue, et aucun nouvel accès ne se présenta depuis lors. On enleva la compression lorsque le tic de la jambe eut disparu. »

Union médicale.

1848 (2^e, 3^e et 4^e trim.) et 1849 (1^{re} et 2^e trim.) (1).

Quelques expériences faites avec le haschisch, par M. EDMOND de COURTIVE. (Numéro du 25 avril.)

Cet article est extrait d'une thèse fort remarquable présentée à l'École de pharmacie de Paris, sous ce titre : *HASCHICH, études historique, chimique et physiologique*. Nous le reproduisons en entier.

« Je me suis haschisché avec le madjoun d'Alger, le dawamesc

(1) V. *Annales médico-psych.*, t. XII, p. 106.

de Constantinople, la résine extraite du *C. indica* d'Alger, celle que j'ai retirée de ma récolte, et tous mes autres produits.

» Je n'ai pas trouvé moins active la résine, que le madjoun et le dawamesc; mais ces deux dernières préparations causent, comme leurs analogues d'Égypte ou de l'Inde, des seconses difficiles à apprécier, et dangereuses, en raison de la noix vomique et autres toxiques qu'elles contiennent.

» Je vais transcrire quelques unes de mes *fantasias*, telles qu'elles le furent en leur temps, et dans leur ordre successif d'impressions. Le 7 avril 1847, nous primes M. Boudet, interne en pharmacie, et moi, chacun 15 grammes de *madjoun* délayé dans un verre d'eau sucrée. M. B..., qui niait et résistait, n'éprouva qu'un profond assoupissement. Quant à moi, la première sensation fut de la pesanteur à la tête, mais sans céphalalgie. Bientôt j'exécute des mouvements d'impatience en tous sens, puis je ressens une apathie prononcée; la réflexion est tendue, comme mutilée. Ensuite elle se développe et s'arrête encore. Des pensées tristes à l'excès, mais qui me complaisent, m'assaillent, puis elles deviennent gaies. Il y a contraction des muscles de la face. J'ai une grande envie de rire que je satisfais largement, un peu malgré moi. La perception des idées est étonnante; je puis les suivre, les analyser, bien que de nouvelles m'invitent à les abandonner.

» C'est avec une extrême difficulté que je puis me mouvoir sur ma chaise, tant je me trouve heureux de me laisser aller à l'effet; difficile est la résolution du travail de tête, d'application, malgré les facilités contraires, ma liberté existant comme à l'état normal. En effet, je sens comme une volonté double: celle de me contraindre, et celle qui m'invite puissamment à me laisser aller, à être heureux. Je ressens un extrême besoin de mouvement, je vois un monde tout nouveau; l'intelligence se développe avec une lucidité remarquable. Un moment, étant debout, immobile, voilà que je tourne à droite, à gauche, sans que mes pieds changent de place; je me dis que c'est le *mouvement perpétuel* que j'ai découvert. Je ressemble alors à un pendule, à une mécanique, et je dois dire ici qu'un moment j'allais presque malgré moi, à droite, à gauche, comme une figure de cire qui lit un journal, et que ma tête surtout tournait sans douleur, presque de manière à ce que la face se trouvât en harmonie avec la ligne médiane du dos, ou postérieure. Je riaais aux éclats, et je jouissais de la possibilité très grande de m'observer, malgré la marche successive des idées toujours nouvelles et la *reprise* de celles qui, suspendues un moment, ont traversé mon esprit.

» Je retourne à Bicêtre, et bien que mes jambes fonctionnent avec une vélocité extraordinaire, il me semble que je n'arrive pas, ou plutôt que je n'arriverai jamais. Cependant je reconnais que j'avance, je suis l'ordre des points de vue, des tableaux qui se succèdent. Mais je suis *tout à mon affaire*, et bien aise de tout ce que j'éprouve. J'arrive, je m'assieds ; une bienfaisante chaleur me parcourt tous les membres, et je sens alors que ce calorique inconnu mérite bien le nom de fluide, car il oint, il lubrifie, pour ainsi dire, toute mon économie. C'est une sensation indéfinissable et vraiment séduisante. Je me mets à table, mais je crains de rompre cet état bienheureux. Pourtant je sens mes muscles se dilater, ma tête *s'évapore, s'envole*. Des mouvements qu'à l'état normal j'exécute nonchalamment ou simplement, ici je les reuds avec diligence, précipitation, contentement. Les yeux sont brillants, un peu injectés, la face rosée. J'allonge les jambes, je prends possession de la table, en triomphateur ; je suis comme seul devant un splendide dîner, lorsque ma pitance est fort maigre. Je bois sec, ce qui ne m'arrive jamais pendant le repas. Mais je me modère et serai prudent. Un collègue, qui ne sait pas que je suis haschisché, commence à s'étonner de me voir rire, et moi joyeux, je ris encore plus fort, et lui trouve un air bien piteux. Enfin la crise se termine, et je le sens bien, même transitoirement, car je dis : « C'est fini ; mais ne croyez pas que je n'aurais pu m'arrêter, me contraindre. » Non, c'est que je préférerais me laisser faire, tout en m'observant.

» C'est que, d'ailleurs, l'une des deux volontés (la plus forte sans doute, celle de l'état normal) l'emporte nécessairement sur l'autre, née de cet état singulier.

» Certes, dans le domaine de la pensée habituelle, on éprouve bien en petit des effets semblables, en tant toutefois que la dose est raisonnable ; car à haute dose, c'est du délire, de l'extravagance, etc.

» *Autre fantasia*, n° 2. — Le 14 avril, je pris trois pilules de 5 centigrammes chacune de mon *extrait alcoolique*, à huit heures du matin, puis une tasse de café (le café exalte les effets du haschisch, tandis que la limonade les atténue). A dix heures, je déjeune ; déjà ma tête était prise, et dès neuf heures il me semblait qu'elle allait emporter le reste de mon corps, tant elle était pesante. Je sens même qu'elle est portée tantôt en avant, tantôt en arrière, par distances énormes, par mètres, et cependant je suis étonné de voir que je ne tombe pas, que je suis bien solide sur ma chaise. Je me lève et marche : quand je suis près d'un corps résistant, ma tête vient bientôt friser légèrement l'obstacle, et je vois

que réellement elle a avancé ou reculé, mais de 50 ou 30 centimètres, alors que je l'ai sentie aller et venir par toises, par ondes successives, pendant un instant. Mais voici bien du nouveau.

» Je crois passer ma thèse, et j'ai pris du haschish : alors les idées les plus bizarres, les plus excentriques me traversent l'esprit. Cette conviction prend une telle consistance dans ma pensée que je m'y attache involontairement, et si cela n'est pas de la réalité, c'en est furieusement près.

» Je suis donc à l'École de pharmacie, sur la sellette, et pourtant je sais bien, je vois bien que je déjeune ; mais je suis double, et l'on verra plus tard que je suis triple.

» Je suis triomphant ; j'ai pris du haschish pour que mes juges pussent mieux juger de ce merveilleux philtre du moral malade, et j'en ai tant pris, que je les ai haschischés du regard, à distance, comme magnétisés. Alors l'amphithéâtre présente un spectacle des plus amusants. MM. les professeurs se livrent à une hilarité charmante, absolument comme s'ils étaient travestis, sans qu'ils s'en doutassent personnellement. Le bruit s'en répand au dehors, et l'école est envahie par la foule. C'est une insurrection véritable. Pendant ce temps, je raconte à mes condisciples les merveilles du haschish. MM. les examinateurs, dans leurs moments d'extrême gravité, accusent l'appariteur B... de tout ce qui se passe, et lui donnent des ordres pour le rétablissement de la circulation et le respect de la robe. Mais B... a été également fasciné ; il rit plus fort, et chacun de rire à son aise. La science enfin triomphe, et je vois arriver des députations d'Anglais, de Russes, d'Américains, etc., qui viennent féliciter la France d'avoir découvert le *ne plus ultra* du bonheur terrestre, l'essence de l'âme, qu'on pourra désormais analyser, isoler, pour la combiner de mille manières.

» M. G... prend son lorgnon et voit, dans un échantillon de mercure sulfuré, la pierre philosophale.

» M. G.-C... trouve que le kepsydre ne fonctionne pas assez vite, et, en le secouant, il voit passer des mondes entiers.

» M. C... présente une assiette de porcelaine avec des taches de haschish.

» M. O..., riant, dit que c'est de l'arsénite de cuivre ; mais voilà que le célèbre professeur est changé en un gigantesque serpent à sonnettes, et rappelle le jury à l'ordre.

» M. D... devient un malicieux caméléon.

» M. C..., un énorme crocodile.

» M. L..., une gigantesque machine pneumatique.

» M. C..., un pied de sensitive qui parle, chante et fume.

» M. B..., un immense ballon en verre.

» Voici venir les Chinois, qui saluent comme d'usage, et reconnaissent que l'opium n'a produit rien d'aussi merveilleux. Les Anglais succombent de jalousie. Les Turcs sont aux abois; on leur a ravi leur manne, leur croyance, leur vie, leur sang, et l'un d'eux, le Coran en main, lit quelques versets qui font reculer d'épouvante les plus effrénés admirateurs.

» Pendant ce moment de réaction, M. S... qui, jusque-là peu influencé, s'était tenu à l'écart, riant, méditant, observant, s'avance pour prendre la parole, et propose un armistice.

» Cette généreuse initiative devient inutile; on n'admire plus, on maudit; chacun se voit à l'envers. Les armes défensives et philanthropiques de la pharmacie ont beau faire leur devoir, le peuple s'insurge de plus en plus; tous les professeurs français et étrangers se dévouent, entrent d'eux-mêmes dans le ballon (M. B...). Le vide (M. L...) est fait par les haschischius légitimes (Turcs, Égyptiens, Indiens), et les autres peuples disparaissent comme par enchantement. Un cadavre arsenical, aux traits de M. O..., apparaît à la surface, tient d'une main M. Moreau, M. Aubert-Roche de l'autre, et l'école, qui prend feu spontanément, sert de foyer à cette savante combinaison, etc., etc.

» *Nota.* Pendant tout le temps que dura cet accès, je riais de la façon la plus excentrique, la plus inextinguible; mais je sentais que ce n'était pas encore fini. J'étais seul, afin d'être plus influencé dans le domaine des impressions intellectuelles, et je fermai les yeux.

» En effet, une autre crise s'annonce et est, comme la critique, la contre-partie de la précédente.

» Je vois en face de moi un autre moi-même qui mange, et fait tous mes gestes; je lui ris au nez, ou plutôt je me moque de moi.

» Mais, comme je reconnais que c'est bien moi, par une illusion de la vue, me dis-je, nous nous associons, et nous rions ensemble de voir mon tiers moi-même, qui nous croit sa dupe. Bientôt il est lié, garotté, et enfourché au haut d'une énorme seringue en verre, qui menace de le réduire en cendres, car c'est une matière liquide et couleur de feu qui bouillonne dans ses flancs. — Enfin, le charme disparaît à l'instant sans que je m'en aperçoive cette fois, tant les impressions avaient été extravagantes, et seulement à l'instant où entra une personne; tant il est vrai que de l'isolement, de la foi, du désir d'être influencé, surgissent réellement des *effets inconnus à ceux qui résistent ou qui simulent ce qu'ils n'éprouvent pas*; or cela arrive très souvent. Si j'ajoute que des tempéraments sont

absolument réfractaires aux sensations du haschish, ou comprendra que cette substance vraiment étonnante a des partisans et des ennemis.

« Le charme étant disparu, comme je l'ai dit, je restai là, l'esprit tendu, une bouchée à la main, que je tenais depuis qu'avaient commencé ces folles impressions, que j'ai considérablement abrégées, et dont j'ai retranché une foule d'autres analogues.

« Je n'éprouvai donc pendant cette véritable fantasmagorie que des idées gaies, extravagantes, et quiconque douterait de ma véracité n'a qu'à prendre du haschish. S'il ne ressent rien, c'est qu'il ne sera pas dans les conditions que j'ai signalées plus haut.

« Je le répète, à l'état normal, on a (éveillé ou endormi) des visions tout aussi fantasques, mais jamais je ne vis plus distinctement les personnes. Cela se rapproche du rêve pendant le demi-sommeil, et en diffère essentiellement en ce que l'on se rappelle tout ce qui s'est manifesté aux sens. »

Hémorrhagie cérébrale sans paralysie. (Numéro du 15 août.)

Observation curieuse recueillie à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Caillard, par M. Bernard. La femme qui fait le sujet de cette observation succomba le lendemain de son entrée à l'hôpital sans avoir présenté aucun phénomène de paralysie ni de contracture. A l'autopsie, on trouva un caillot sanguin du volume d'un œuf de pigeon qui avait complètement détruit le corps strié du côté gauche.

Observation de paralysie du mouvement dans les membres supérieur et inférieur du côté gauche, avec contracture légère du membre supérieur; état crétaé des artères du cerveau, par M. HILLAIRET. (Numéro du 26 août.)

De l'hystérie chez l'homme. — Du traitement du paroxysme hystérique par le chloroforme, par M. DESTERNE. (Numéro du 28 septembre.)

« Le 9 avril 1848, on reçoit à la maison de santé, service de M. Requin, un jeune homme de vingt-cinq ans, du nom de Charles M.... Il est de constitution délicate, d'un tempérament nerveux et sanguin. Depuis deux ans il a quitté le midi de la France, où il est né, pour se fixer à Paris dans une maison de commerce.

» Charles M... a presque toujours été malade : signes de scrofules, gastrite chronique, palpitations, hémoptysies, rhumatismes, fièvres intermittentes, pneumonie, se sont succédé chez lui à tel point qu'il compte à peine un an de parfaite santé. A ces affections si diverses, se joint depuis l'âge de quinze ans une série d'attaques de nerfs se reproduisant assez régulièrement tous les trois ou quatre mois. C'est la maladie sur laquelle nous allons fixer notre attention.

» Eu dehors de ces accès, Charles M... est un esprit timide, sérieux et grave, ou plein de mélancolie. Il aime l'étude ; elle lui sert de prétexte pour colorer aux yeux de ses amis ses habitudes d'isolement. Depuis l'âge de quinze ans il voit régulièrement des femmes, mais il dit n'avoir jamais fait aucun excès. L'hérédité lui paraît être la seule influence légitime vers laquelle on puisse faire remonter l'origine de son affection nerveuse, car sa mère est sujette à des attaques d'hystérie depuis de longues années, attaques qui durent de deux à trois jours, et se renouvellent tous les deux ou trois mois. Une sœur de sa mère a la même maladie.

» Rien n'est plus facile pour Charles M... que de prévoir le moment de ses attaques. Plus fréquentes en été que dans les saisons froides, elles s'annoncent ordinairement par de vives douleurs de tête avec malaise général, perte d'appétit, sécheresse de la muqueuse buccale et pharyngienne, sensations douloureuses comparables à des piqures d'épingle, suivant toute la longueur de l'épine dorsale, bâillements fréquents, prolongés, crampes dans les membres, soupirs répétés, frissons irréguliers, palpitations, respiration difficile, anxieuse, avec serrement de poitrine douloureux, mouvements d'impatience, de tristesse ou d'ennui, tous symptômes qui précèdent ordinairement de trois ou quatre heures le moment du paroxysme.

» Cependant ces symptômes précurseurs peuvent manquer par suite d'émotions très vives, et l'accès se déclarer subitement. Ce sont alors de fortes palpitations, des douleurs excessives, comprimant de chaque côté la région temporale, et s'exerçant sur la poitrine, une soif immodérée, un serrement des mâchoires avec grincement des dents, sans écoulement à la bouche ni morsure de la langue, des mouvements du tronc et des membres, mouvements rapides, énergiques, étendus dans tous les sens. En même temps le cou se tuméfie, la face s'anime, devient rouge, gonflée, les paupières à demi abaissées laissent entrevoir les yeux roulant dans les orbites ; le malade éprouve vers la gorge un sentiment de constriction des plus pénibles, des cris involontaires étouffés s'échappent de ses

lèvres. Au milieu de tous ces désordres il a pleine et entière connaissance.

» Après ce paroxysme, dont la durée moyenne est de dix minutes, un quart d'heure au plus, Charles M... est frappé d'engourdissement, d'insensibilité presque complète et de faiblesse dans tout le corps. Puis cette faiblesse disparaît peu à peu, fait place à un sentiment de lassitude, d'abattement, à quelque peu de céphalalgie; la soif s'apaise, la bouche devient moins amère, il y a miction d'une urine très abondante et très pâle, et bientôt la tristesse, l'ennui et les bâillements qui la traduisent finissent par se dissiper. N'oublions pas de signaler que dans chaque nuit, pendant celle qui suit et celle qui précède une attaque, le malade ne peut se livrer au sommeil sans s'éveiller en sursaut, au bout de quelques instants, poursuivi des rêves les plus affreux.

» Le lendemain d'une attaque, Charles M... se souvient vaguement de ce qui s'est passé; ce n'est que plusieurs jours après que ses souvenirs se précisent, et au fur et à mesure qu'il s'éloigne davantage du moment de son accès, sa mémoire s'affermît au point de donner le compte le plus exact des choses dont il a eu conscience pendant le paroxysme.

» Ces attaques sont généralement uniformes, sans dissemblances frappantes, même dans la durée de chacune de leurs périodes. Cependant le dernier accès présente quelques particularités remarquables. Il se rapproche tellement par sa forme d'un accès éprouvé par le malade il y a trois ans, que nous allons les décrire l'un à côté de l'autre, comme s'ils formaient une variété à part dans ce genre de maladie.

» La première attaque survint à la suite de vives contrariétés, trois mois après la guérison de la pneumonie qui se trouve mentionnée plus haut. Des craquements dans les articulations, des crampes, un serrement des mâchoires apparaissant à divers intervalles, des douleurs vagues à l'épigastre et le long de l'épine dorsale en marquèrent le début. Le troisième jour de ces premiers symptômes, les mâchoires se ferment subitement et tout le corps se roidit, moins les membres supérieurs: l'intelligence, encore intacte, indique un sentiment de profonde douleur dans la poitrine. La roideur devient plus marquée par moments. Un médecin de Toulouse, où Charles M... se trouvait à cette époque, diagnostique un tétanos. Deux des cousins du malade, tous deux à la suite d'une chute très légère, venaient de succomber à cette cruelle affection, et l'on craignait qu'il n'en fût frappé. Quoiqu'il en soit de ce diagnostic, on résolut de suivre le traitement le plus énergique qui

fût en rapport avec les circonstances. Deux saignées avec potions antispasmodiques, etc., furent prescrites les deux premiers jours. Le troisième, l'immobilité du malade devenant plus complète, les crises plus fréquentes et plus graves, en ce sens qu'elles s'accompagnaient de délire avec hallucinations, on prescrivit 150 sangsues le long de la colonne vertébrale. Le huitième jour, le malade était tout à fait remis, souffrant seulement de ses piqûres de sangsues, piqûres qu'on aurait pu lui épargner avec un peu plus de prévoyance, car un mieux très sensible s'était manifesté un peu avant leur application et se maintint, malgré tout, dans une voie de progrès rapide vers un rétablissement complet.

» Depuis l'accès que je viens de décrire, le nombre et l'intensité des attaques ordinaires diminuait d'une manière tellement appréciable, que le malade espérait une guérison prochaine. Quelques précautions d'hygiène, le plus souvent un grand bain pris à l'issue des premiers prodromes, suffisaient pour conjurer le mal.

» Charles M... en était là depuis quatorze mois, lorsque survint le dernier accès. Des renseignements émanés de personnes qui le voient à chaque instant nous apprennent qu'il y a six jours, sans cause morale apparente, il eut à se plaindre d'éprouver les symptômes précurseurs de ses accès. C'était, comme par le passé, un malaise général, etc., etc., puis à cet état général qui durait depuis vingt-quatre heures, succéda tout à coup du délire accompagné de mouvements convulsifs de tout le corps et des membres, mouvements projetés largement, dans tous les sens, avec serrement des mâchoires et sentiment de douleur vers les tempes et le front. Ce délire, ces convulsions et ces douleurs se montraient par crises toutes les dix minutes. En dehors du moment de ces paroxysmes, l'esprit du malade était d'une lucidité parfaite. La contraction tonique des muscles de la mâchoire et du reste du corps persistait seule dans ces intervalles. Il est à remarquer qu'il n'y eut jamais d'écume à la bouche à aucun moment de ses attaques.

» La durée des accès devenant plus considérable et se prolongeant quelquefois pendant une heure, les symptômes empirant à chaque nouvelle période, malgré deux fortes évacuations sanguines pratiquées coup sur coup, les personnes qui assistaient Charles M... se décidèrent à l'amener à la maison de santé. Voici l'état dans lequel le trouve mon collègue M. Rieux, au moment de son entrée.

» *Note communiquée.* — Le soir, sur les huit heures, je fus appelé dans le service de M. Requin pour visiter un malade dont je constatai l'état suivant : Abolition complète de l'intelligence ; insensibilité générale apparente ; mouvements convulsifs des bras,

» des jambes, du tronc, des yeux et des muscles de la face; absence d'écume à la bouche; respiration anxieuse, plus fréquente qu'à l'état normal; pouls petit, concentré et accéléré.

» Je fis respirer au malade, pendant une minute, 4 ou 5 grammes de chloroforme versés dans le creux d'une éponge. Aussitôt tous les désordres nerveux mentionnés ont augmenté d'intensité lors des premières inspirations, puis quelques secondes après ils ont cessé complètement. Le malade est tombé dans un coma de courte durée, et s'est réveillé tout à coup en disant qu'il avait fait un bon sommeil, mais qu'il se trouvait bien. Je lui ai alors formulé pour la nuit la potion suivante: Julep gommeux, 90 grammes; sirop diacode, 15 grammes; sirop de digitale, 4 grammes. (9 avril.) »

» 10 avril. — Le matin, à la visite de M. Requin, le malade est couché sur le dos, les membres supérieurs libres dans leurs mouvements, les membres inférieurs contractés dans le sens de l'extension. Cette rigidité de toute la partie inférieure du corps s'étend jusqu'à la partie moyenne du tronc, et au delà, le long de la colonne vertébrale, jusqu'au cou, qu'il est impossible de fléchir. Les deux mâchoires sont rapprochées, immobiles, les masséters énergiquement contractés. La sensibilité est obtuse partout où il y a contraction violente du système musculaire, mais principalement aux membres inférieurs. La perception de la lumière et des sons est confuse; la pupille est dilatée, la bouche et les narines sont sèches, le pouls petit, mou et peu fréquent, la respiration à peu près normale, un peu plus fréquente pourtant. On ne constate rien en avant de la poitrine, ni à l'auscultation, ni à la percussion. Le malade se plaint d'éprouver de la céphalalgie. Le ventre est souple, l'appétit et la soif nuls. Il y a de la constipation. Miction d'une urine rouge, épaisse et de mauvaise odeur. La nuit s'est passée sans agitation; cinq ou six faiblesses intermittentes analogues à des syncopes, au dire de la garde-malade, et cet état de contraction générale, ne laissent pas que d'inspirer de vives inquiétudes. On prescrit une potion éthérée et 60 grammes de sirop diacode en deux doses.

» 11 avril. — Le malade paraît hors de danger; il a fléchi les membres inférieurs, et les mâchoires se sont légèrement desserrées; de plus, il y a eu dans la nuit cinq ou six heures de sommeil.

» 12 avril. — Pleine convalescence, et, quelques jours après, sortie du malade. »

Tubercules dans les lobes antérieurs du cerveau ayant déterminé la perte subite de la parole six jours avant la mort du sujet,
par M. S. LAFORGUE. (Numéro du 30 novembre.)

Observation de paralysie générale incomplète. (Numéro du
12 octobre.)

A l'époque où cette observation fut publiée, nous allâmes dans le service de M. Bouillaud, à la Charité, où se trouvait le malade qui en fait le sujet, et l'examinâmes avec la plus grande intention. Nous devons dire que ce malade ne nous parut pas atteint de paralysie générale. La lecture attentive de l'observation n'a fait que nous confirmer dans notre opinion.

« Au numéro 2 de la salle Saint-Jean-de-Dieu est couché, depuis le 24 novembre, un homme de cinquante-deux ans, employé comme homme de peine dans une fabrique de fleurs. Cet homme, d'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatico-sanguin, à Paris depuis douze ans, a toujours été bien portant et n'a jamais eu autre chose que des indispositions. Jamais il n'a fait d'excès; cependant, suivant son expression, il a été très passionné jusqu'à l'âge de cinquante ans. Il y a deux ans, sans cause connue, et après d'assez violents maux de tête, il s'est aperçu qu'il commençait à y voir double, et que l'œil droit, porté fortement en dehors, n'obéissait presque plus à la volonté, au moins pour les mouvements de dehors en dedans. Un an après, et malgré de nombreux traitements employés par des oculistes, il s'est aperçu que la paupière supérieure du même côté commençait à tomber au-devant de l'œil. Il ne s'en est pas beaucoup préoccupé toutefois; car cette chute de la paupière supérieure faisait cesser la diplopie dont il était atteint, d'autant plus que la paralysie n'était pas complète, et que, par un effort de sa volonté, il pouvait relever la paupière supérieure et maintenir l'œil ouvert. Depuis quatre mois, de nouveaux accidents se sont montrés; il est survenu de la céphalalgie, de la somnolence, des inquiétudes, des fourmillements, des douleurs dans les lombes, dans les cuisses et dans les mollets. Ces douleurs n'étaient pas continues et n'augmentaient pas par la marche. Il y a huit ou dix jours, tous ces symptômes ont augmenté. La marche est devenue impossible. Le malade ne pouvait placer ses jambes l'une devant l'autre. Il lui semblait que ses membres étaient très lourds, qu'il avait peine à les détacher de la surface du sol et à leur faire supporter le poids du corps. Les urines étaient difficiles à rendre, le jet contourné et étroit. Les garde-robes étaient faciles, mais le ma-

lade ne pouvait résister que peu de temps au besoin. Jamais il n'avait eu de trouble des sens, jamais de trouble dans l'intelligence, jamais non plus il n'avait perdu connaissance.

» Pour venir à l'hôpital, il fut obligé de prendre une voiture, et il ne put monter l'escalier que soutenu par deux personnes. A son entrée, il présentait l'état suivant : Rien de particulier du côté de la face, si ce n'est que la paupière supérieure du côté droit était abaissée au-devant du globe de l'œil, bien que le malade conservât la faculté de la relever; que les rides du front étaient un peu moins prononcées à droite qu'à gauche, et que le sourcil droit était abaissé. Pas de renversement de la paupière inférieure; le muscle orbiculaire avait conservé tous ses mouvements. Un peu de dilatation de la pupille droite, qui se contractait plus lentement que la gauche. Strabisme divergent de l'œil droit, que le malade ne pouvait plus diriger vers le grand angle, et qui était la cause de la diplopie. Projection en avant du même œil, et conservation de quelques mouvements en haut, en bas et en dehors. Aplatissement de la joue droite, qui portait une dépression évidente au-dessous de la pommette; sillon naso-labial gauche plus prononcé que le droit; commissure labiale peut-être un peu entraînée en haut et à droite; cependant le malade conservait la faculté de gonfler les joues pendant l'inspiration. La parole paraissait un peu hésitante; mais la langue non déviée avait conservé tous ses mouvements. Elle était molle, humide; la luette était entraînée à droite; déglutition facile, ainsi que la mastication. Rien du côté des fonctions digestives; rien non plus du côté des fonctions circulatoires et respiratoires, si ce n'est un peu de voussure de la partie inférieure du thorax, de chaque côté du sternum, un peu d'exagération de la résonance normale, avec affaiblissement du murmure respiratoire et un peu de sécheresse des bruits du cœur, comme parcheminés.

» Les fonctions intellectuelles et sensoriales ne paraissent pas avoir notablement souffert. Pas de céphalalgie, pas d'éblouissements, pas d'étourdissements, pas de tournolements de tête. Le malade rendait parfaitement compte de son état. La sensibilité générale et spéciale était conservée partout, sur la peau et sur les muqueuses, sauf au membre inférieur droit, où elle semblait un peu diminuée. Les sens étaient intacts, sauf la vue, troublée par la divergence des axes oculaires qui produisait la diplopie. Ce dont le malade se plaignait surtout, c'était d'un affaiblissement considérable des membres inférieurs, affaiblissement qui rendait sa marche vacillante, et l'obligeait de s'accrocher aux corps environnants, comme si, à chaque instant, il eût besoin d'un point d'appui pour

remplacer le membre qu'il détachait du sol, ou comme si ces membres étaient près de s'affaisser sous lui ; mais la perte de la motilité n'était pas complète : la preuve, c'est que dans le lit le malade remuait ses membres avec facilité, débarrassés qu'ils étaient alors du poids du tronc, et pouvait, quoique avec peine, les détacher du niveau du lit. Les membres supérieurs, au dire du malade, étaient plus faibles qu'autrefois ; cependant il serrait encore avec force les objets qu'on lui présentait, et presque également des deux côtés. Les membres inférieurs étaient le siège de fourmillements, de douleurs, occupant principalement la partie charnue des cuisses et des mollets. Le bras droit et la main correspondante commençaient à devenir le siège de fourmillements et de douleurs analogues.

» Lorsque nous avons examiné ce malade le 8 décembre, son état était, à peu de chose près, le même que celui qui avait été noté à son entrée ; seulement la faiblesse des membres inférieurs, les fourmillements et les engourdissements étaient moindres. En examinant la colonne vertébrale ; et en pressant sur les apophyses épineuses de la septième et de la huitième vertèbre dorsale, nous avons déterminé une douleur vive se propageant en ceinture le long de la base de la poitrine. En pressant, suivant le trajet de la douleur indiquée par le malade, nous avons trouvé dans le septième et le huitième espace intercostal plusieurs points douloureux tout à fait semblables à ceux d'une névralgie intercostale. Ces points douloureux existaient des deux côtés, mais plus particulièrement à gauche. »

Quelques mots sur les lésions anatomiques de la paralysie générale des aliénés, et sur l'existence de cette paralysie sans aliénation, par M. BRIERRE DE BOISMONT. (Numéro du 30 décembre.)

Dans cet article, écrit à l'occasion de l'observation précédente, M. Brierre soulève deux questions, dont l'une, celle qui est relative aux lésions anatomiques de la paralysie générale, peut être résumée en quelques mots. L'auteur croit que la congestion joue, dans la paralysie générale, un rôle beaucoup moins important que ne le prétendent MM. Bayle, Aubanel, Thore et Baillarger, et pense que la principale cause du développement de cette maladie consiste en une déperdition excessive de fluide nerveux. Ce n'est point ici le lieu de discuter cette manière de voir qu'il serait, je crois, assez difficile de légitimer.

Pour ce qui est de la seconde question soulevée par M. Brierre, nous reproduirons ici ce qu'il dit à cet égard :

« J'arrive maintenant au second point de cette note, l'existence de la paralysie générale sans aliénation. Lorsque les travaux de MM. Bayle et Calmeil parurent, tous les pathologistes donnèrent une place spéciale dans le cadre nosologique à la maladie qu'ils venaient de décrire. Nous-même, quoique nous ne cessassions point de fréquenter les hôpitaux ordinaires, nous n'avions rien observé qui pût nous faire soupçonner que la paralysie générale pût exister ailleurs que dans les établissements d'aliénés. En 1846, il s'éleva à la Société de médecine de la ville une discussion à laquelle prirent part MM. Prus, Sandras, Requin, Baillarger. Ces honorables confrères soutenaient que la paralysie générale, qu'ils appelaient progressive, pouvait exister sans aliénation mentale; nous combattîmes cette opinion en nous appuyant de la description de la maladie et des faits nombreux que nous avions recueillis. Pour donner plus de poids à notre manière de voir, nous parcourûmes les principaux hôpitaux de Paris, interrogeâmes les chefs de service; un examen de 1,500 malades nous permit à peine de reconnaître un cas ayant de l'analogie avec la paralysie générale.

» Il était donc constant que la paralysie générale, qui forme dans nos établissements le cinquième et quelquefois même le quart des cas, à Charenton, d'après Esquirol, le sixième de la totalité des admissions, est excessivement rare sans aliénation. On sait d'ailleurs que chez les aliénés paralytiques il existe trois ordres de lésions, ceux de la sensibilité, de la motilité et de l'intelligence. Depuis quand a-t-on posé en loi que, pour qu'une maladie fût diagnostiquée, il fallait qu'elle se montrât escortée de tous ses symptômes? Les désordres de la motilité et de la sensibilité ne peuvent-ils pas précéder ceux de l'intelligence et rester les seuls prédominants? Dans une note que j'ai publiée dans la *Gazette médicale* (2 octobre 1847) et qui rectifiait ce qu'avaient de trop exclusif *mes remarques sur la paralysie générale* (même journal, 16 mai 1847), tout en reconnaissant que la paralysie pouvait se montrer sans aliénation, je disais qu'il n'y avait point d'altération anatomique qui fût propre à cette affection, et qu'il y avait eu confusion dans les faits.

» La symptomatologie nous paraît établir des différences tranchées entre les deux paralysies. En effet, dans celle qui n'est point compliquée d'aliénation, les phénomènes morbides sont, en général, ceux de la congestion; ils décroissent, restent stationnaires ou augmentent, mais leur marche est régulière et n'offre point cette

variété, ces intermittences qu'on constate dans la paralysie des aliénés. Les malades ont le sentiment de leur position; ils disent qu'ils viennent se faire traiter de la paralysie; enfin le traitement paraît avoir des résultats beaucoup plus avantageux.

» La complication de la paralysie avec l'aliénation produit, dans le plus grand nombre de cas, une aliénation qui porte sur l'*exagération du moi*. Ainsi, les uns se croient riches à milliards ou de grands personnages; les autres s'imaginent qu'ils sont des Voltaire, des Rousseau; beaucoup parlent convenablement de leur esprit et de leur fortune; mais si on les interroge sur leur santé, sur leurs forces, sur leur figure, ils répondent qu'ils sont bien portants, qu'ils n'ont jamais été malades. A les entendre, ils sont très forts, très vigoureux, beaux garçons, très bien reçus des dames; en un mot, il y a une dispareté complète entre leur état et ce qu'ils croient être, circonstance qui avait été notée par John Haslam. Ce délire ambitieux a, d'ailleurs, des caractères qui lui sont propres: le malade qui vient de se donner pour un empereur, dira qu'il est menuisier en chambre, etc. Les paralytiques ont des accès de colère, de violence instantanés qui donnent lieu à des accidents fâcheux, et dont ils ne conservent aucun souvenir. Très souvent il arrive que des paralytiques, cloués dans leur fauteuil ou étendus dans leur lit, se relèvent tout à coup, se mettent à courir avec vivacité, et parlent avec une certaine facilité, ce qu'ils n'avaient pas fait depuis quelque temps.

» Il est sorti dernièrement de notre établissement un aliéné paralytique qui, pendant plusieurs mois, avait eu des escarres, des érysipèles gangréneux, des collections purulentes; il gardait le lit, était réduit au dernier état de maigreur, n'articulait plus que des sons presque inintelligibles. Sous l'influence d'un séton, d'une médication tonique, des efforts de la nature, un changement des plus étonnants s'opéra dans tout son être: il reprit de l'embonpoint, de la vigueur; sa langue se délia, et, chose fort remarquable, il nous avoua que tous les cailloux, toutes les feuilles dont il remplissait ses poches et sa blouse, lui paraissaient autant de pièces de vingt sous. Il jugeait très bien sa maladie, et reconnaissait qu'il avait été fou.

» Cette paralysie s'accompagne de convulsions, de tremblements, de mouvements désordonnés, d'accidents épileptiques; elle finit par envahir tous les plans musculaires, et des accumulations énormes de matières fécales ont lieu. Si l'on ajoute, comme l'a indiqué M. Leuret, la déviation de la langue, la roideur des muscles, l'inutilité presque constante des traitements, la terminaison

fatale, les circonstances qui favorisent son développement, le sexe masculin, l'âge viril, l'abus des boissons, des excès vénériens, des travaux intellectuels et physiques, on obtiendra, dit M. Parchappe, un ensemble de caractères différentiels plus que suffisants pour fonder légitimement une espèce d'aliénation mentale, distincte de toutes les autres, qu'on peut appeler *folie paralytique*. (*Recherches sur l'encéphale, sa structure, ses fonctions et ses maladies*, p. 144, Paris, 1838.)

« M. Baillarger, dans un article publié par ce journal (15 mai 1847 (1)), regarde la lésion des mouvements comme l'élément primitif et principal. Il fait de l'aliénation mentale un phénomène secondaire, existant le plus souvent, mais pouvant manquer dans un grand nombre de cas. Enfin, il sépare complètement la paralysie générale de la folie, et la considère comme une maladie spéciale et indépendante. Nous ne saurions partager l'opinion de ce médecin distingué, car même, dans la paralysie sans aliénation, il y a souvent au début perte de connaissance et affaiblissement de la mémoire précédant les désordres de la sensibilité et de la motilité. Dans la paralysie générale des aliénés, nous avons plusieurs fois constaté, dans la période prodromique, la perversion des penchants et des facultés intellectives avant l'apparition des lésions du mouvement. MM. Calmeil, Bayle, Parchappe, qui ont observé les aliénés paralytiques sur de grandes proportions, ont tous affirmé que les cas où l'embarras de la langue avait signalé l'apparition de la maladie, étaient les plus rares. Chez deux individus que nous avons observés dans notre établissement, le trouble de l'intelligence a précédé de la manière la plus évidente les désordres de la motilité et de la sensibilité.

« En résumant ces différents faits, nous croyons pouvoir établir :

« 1° Que la paralysie générale est plutôt une affection nerveuse qu'inflammatoire. Les lésions anatomiques variées qu'on a constatées à l'autopsie nous paraissent être évidemment des effets;

« 2° La paralysie générale peut exister sans aliénation; mais ses symptômes, sa marche, sa terminaison, la différencient de celle des aliénés, qui offre d'ailleurs une physionomie si spéciale, qu'il est impossible de la confondre avec l'autre;

« 3° L'exagération du moi dans la démence paralytique doit être considérée comme un caractère pathognomonique;

« 4° La distinction des deux paralysies nous paraît avoir une im-

(1) V. *Annales médico-psychologiques*, t. IX, p. 331.

portance très grande pour le traitement, car tandis que la paralysie sans aliénation est souvent améliorée, guérie par les émissions sanguines, celle des aliénés est, au contraire, fréquemment aggravée par ce traitement. »

M. Brierre ne fait que reproduire dans ce passage les arguments qu'il avait mis en avant dans une note insérée dans la *Gazette médicale*. Nous avons amplement répondu à toutes ses objections dans le mémoire qui a été inséré dans les deux derniers numéros des *Annales*.

Il est un point cependant sur lequel nous devons insister. M. Brierre regarde l'existence du *délire ambitieux* comme un caractère pathognomonique de la démence paralytique. Ce symptôme est en effet extrêmement fréquent chez les paralytiques en démence. Mais il n'est point constant même chez ces malades, et se rencontre d'ailleurs dans cette classe de paralytiques que M. Brierre cherche à différencier de ceux des établissements d'aliénés. Nous croyons du reste avoir démontré que ce délire ambitieux n'était lui-même qu'une des manifestations de l'état de démence. (V. *Annales méd. psych.*, n° d'avril 1849, p. 219.)

Des folies épidémiques, par M. BRIERRE DE BOISMONT. (Numéro du 13 février 1849.)

L'une des tendances les plus irrésistibles, et d'ailleurs les plus naturelles de l'esprit humain, c'est de tout rapporter aux événements les plus saillants de chaque époque. Ainsi depuis dix-huit mois a-t-on maintes fois répété que les dernières commotions politiques avaient été la cause déterminante d'un très grand nombre de cas de folie. Loin de nous la pensée de refuser une influence considérable à des événements aussi graves que ceux qui ont récemment bouleversé la France. Mais nous nous tenons en garde contre l'entraînement irréfléchi auquel on se laisse trop facilement aller en pareil cas. S'il est vrai de dire que dans les établissements publics aussi bien que dans les maisons de santé, il est entré un certain nombre d'aliénés dont la maladie était vraisemblablement le résultat de ces événements, les relevés statistiques dont M. Baillarger a donné connaissance à l'Académie (voir plus loin), démontrent que les cas de cette nature sont beaucoup moins nombreux qu'on ne le pense généralement. Nous ne pouvons donc partager l'opinion émise par M. Brierre dans la lettre qu'il a adressée au rédacteur en chef de l'*Union*, et dans laquelle il est entré dans d'assez longs détails rétrospectifs sur les folies épidémiques

de tous les temps. Quoi qu'il en soit, nous reproduisons ici deux observations que ce médecin rapporte à la fin de son travail.

« Un jeune homme d'une famille distinguée avait reçu une excellente éducation morale et religieuse. Chéri de tous ceux qui le connaissaient pour sa douceur et son esprit, il était la joie et l'orgueil de sa famille, et certes aucun de ses amis n'aurait soupçonné le changement qui devait s'opérer en lui. Laisse seul à Paris peu de temps après le 24 février, il se rend par désœuvrement dans un club. On y traitait ce jour-là de l'affranchissement des peuples soumis à l'étranger. Celui qui parlait eut de beaux mouvements; il fut couvert d'applaudissements. De retour chez lui, le jeune homme passe la nuit à réfléchir sur ce qu'il avait vu. Il se sent tout autre qu'il n'a été jusqu'alors; les sentiments qu'il a entendu professer sont nobles et généreux; le lendemain, il retourne au club; bientôt il les fréquente tous; mais les sujets ne sont plus les mêmes; ce qu'il a appris à respecter, à vénérer, est foulé aux pieds; la personnalité humaine est chaque jour déifiée devant lui; les passions, qu'on lui avait représentées comme ses ennemis naturels, lui sont peintes sous les plus riantes couleurs; son organisation, impressionnable et sensible, ne peut résister à ce spectacle; il devient sombre, puis éclate un délire furieux qui oblige à le contenir dans un établissement d'aliénés.

« Ses paroles et ses actes offraient le contraste le plus frappant avec l'éducation qu'il avait reçue. Il y a longtemps, au reste, que nous avons fait la remarque que la folie ouvrait la porte à tous les mauvais instincts de notre nature, qu'une sage éducation avait refoulés au fond de notre cœur. L'emploi des bains prolongés et des irrigations continues fut couronné de succès; et plus heureux que beaucoup d'autres, ce jeune homme put retourner dans sa famille, guéri de sa folie et de ses théories.

« Presqu'à la même époque, nous reçûmes un habile artisan qui, par un travail assidu, une conduite exemplaire, était parvenu à se créer une fortune honorable. Entraîné par ses amis dans un club, il se sentit tellement animé par les discours qui s'y tenaient, qu'il ne put résister au désir de prendre lui-même la parole. Sa première harangue fut très applaudie. Dès ce moment, l'amélioration sociale fut son seul but. Il s'occupa des moyens propres à procurer du travail à tout le monde. Les impôts lui paraissant hors de proportion avec les ressources, il proposa de les réduire de moitié, à l'aide d'une contribution volontaire. Bientôt il laissa de côté ses affaires pour s'occuper de la fondation d'un journal qui devait propager ses idées économiques et sociales parmi le peuple. Ses pré-

dications ne se bornaient pas au club, il s'arrêtait au milieu des rassemblements pour pérorer. Enfin, son exaltation arrivant au dernier degré, il se mit à composer des plans de réforme entremêlés de vers qu'il lisait à tout le monde. Ayant été sifflé et hué une fois, il entra dans une telle fureur, qu'il voulut assommer les assistants. Force fut bien de reconnaître qu'il était encore plus fou que ceux qui l'éconotaient, et l'autorité près de laquelle on l'avait conduit le fit diriger vers un établissement d'aliénés.

» Ce régénérateur politique se montra indigné de sa détention; il nous communiquait à chaque instant ses projets, en demandant comment un homme de son mérite pouvait être enfermé. Il est sorti amélioré, mais conservant ses chimères; et sa famille, si elle veut l'empêcher de se ruiner, fera bien de lui donner un conseil judiciaire.»

Apoplexie cérébrale capillaire ou progressive. (Numéro du 22 février 1849.)

Si l'anatomie pathologique a rendu à la science des services éminents, il faut dire aussi qu'elle est pour quelque chose dans l'obscurité qui règne encore dans certaines questions de pathologie, celle par exemple, qui est relative aux affections cérébrales. S'obstinant à vouloir fonder une classification des maladies de l'encéphale sur des altérations pathologiques, d'ailleurs mal définies et encore plus mal connues, on a voulu différencier symptomatiquement des affections qui différaient entre elles par quelques nuances à peine sensibles, et on a méconnu les liens étroits qui les unissaient. Dans un travail inséré dans ce journal, nous avons insisté (1) sur l'analogie évidente qui existait entre des maladies qu'on a vainement essayé de distinguer les unes des autres. L'*apoplexie capillaire*, décrite pour la première fois par M. Cruveilhier, et que ce praticien appelle aussi avec juste raison *apoplexie graduelle ou progressive*, nous en offre un exemple remarquable. Il suffit en effet de lire la description que ce savant professeur a donnée de l'*apoplexie progressive* (2), pour se convaincre que cette affection n'est autre qu'une des formes assez commune de la paralysie générale. Aussi croyons-nous devoir reproduire l'observation suivante recueillie dans le service même de M. Cruveilhier, et regardée par lui comme un cas d'*apoplexie capillaire*.

(1) V. le dernier numéro des *Annales*, p. 221.

(2) V. article *APOPLEXIE*, *Dict. de médecine pratique*, p. 270.

» Au n° 22 de la salle St-Joseph, est couchée, depuis le 15 janvier dernier, une femme de quarante-trois ans, passementière, d'une constitution assez robuste. Cette femme, habituellement bien portante, et qui n'avait eu dans sa vie que deux maladies, une bronchite légère et une pneumonie, manquant d'ouvrage, s'était mise à vendre des liqueurs aux soldats. Le 22 février 1848, elle assistait, aux Champs-Élysées, à une lutte entre les soldats et le peuple. La frayeur qu'elle en éprouva a été extrêmement vive. Depuis cette époque, elle n'a cessé de ressentir un grand mal de tête; il lui est survenu des douleurs dans la jambe gauche. De temps en temps, la face était rouge ou violette; il y avait des éblouissements, des tournoisements de tête. La malade voyait double. Cet état était assez grave pour qu'elle crût devoir se faire pratiquer deux saignées dans un court intervalle. Cependant elle continua à travailler jusqu'au mois d'octobre, quoiqu'elle eût une lassitude générale et qu'elle sentit ses forces s'éteindre chaque jour. Peu après les bras lui refusèrent leurs services; son mari était forcé de lui mettre le panier sur la tête tous les matins; et pour le décharger, il lui fallait l'assistance des passants. Bientôt la paralysie parut se concentrer vers le bras gauche, qui, s'engourdissant peu à peu, finit par tomber sans mouvement sur les parties latérales du corps. En même temps, la paupière supérieure de l'œil gauche fut affectée de ptosis. Pendant cinq ou six jours, elle resta parfaitement abaissée. Puis cette paralysie diminua peu à peu, et la malade finit par recouvrer l'usage de son œil. La jambe gauche n'avait pas été atteinte de paralysie.

» Au mois de janvier, la paupière supérieure du côté droit était à son tour complètement abaissée et immobile. Mais déjà la malade éprouvait de l'engourdissement dans le bras et dans la main du côté droit, ainsi que dans le mollet correspondant, de la faiblesse dans la jambe et dans le bras, mais sans résolution complète. Lorsqu'elle entra à l'hôpital, elle présentait, indépendamment des phénomènes dont il vient d'être parlé, une difficulté considérable dans la parole et de la gêne dans le mouvement de la langue. Les accidents congestifs du côté du cerveau engagèrent M. Cruveilhier à recourir à une médication antiphlogistique très énergique: quatre saignées du bras et trois applications de sangsues, faites à de courts intervalles. Chaque évacuation sanguine était marquée, au dire de la malade, par la diminution des phénomènes d'engourdissement et de paralysie. Le fait est que, lorsque nous l'avons observée, dans les premiers jours de février, la malade se servait assez bien du membre supérieur droit, pouvait marcher dans la salle, en traînant un peu la jambe droite; elle n'avait plus de para-

lysie de la paupière supérieure du côté droit; le bras gauche conservait seul des traces de paralysie, en ce sens que la malade, en fléchissant l'avant-bras sur le bras, avait la plus grande peine à redresser la main avec les extenseurs. Les fléchisseurs, au contraire, jouissaient d'une certaine étendue d'action.

» La face ne présentait rien de particulier, si ce n'est que la malade avait de la gêne et de l'embarras dans la moitié gauche de la langue et dans les dents du même côté. Quand la malade la sortait de la bouche, elle paraissait s'incliner un peu à gauche. Mais ce qu'il y avait de plus remarquable, c'était la paralysie de certains muscles de l'œil : du côté gauche, le muscle moteur oculaire externe était paralysé; de sorte que l'œil était constamment dans le strabisme interne. La malade pouvait porter son œil en bas, en haut, eu dedans; mais les mouvements en dehors étaient complètement impossibles. Du côté droit, les mouvements de l'œil étaient extrêmement bornés : à peine s'il y en avait quelques uns en haut et en bas. Du reste, la vue était conservée; et pourvu qu'on fermât un œil, la malade voyait parfaitement; elle voyait double dès que les deux yeux étaient ouverts. L'odorat était perdu depuis huit ou dix mois. La lucte était un peu déviée à droite. La malade dormait peu; mais toutes les fonctions se faisaient très bien : elle avait de l'appétit, digérait parfaitement, urinait et allait à la garde-robe sans difficultés. Son intelligence et presque tous les sens, ainsi que la sensibilité générale, avaient conservé leur intégrité. »

De l'emploi des opiacés dans le traitement de l'aliénation mentale, par M. MICHÉA. (Numéro du 15 mars.)

» Cette question divisait jadis beaucoup les praticiens. Les uns avec Lazare Rivière, Daquin, Gullen, Odier (de Genève), Sutton, Perry, vantaient les effets salutaires de l'opium; les autres avec Valsalva, Morgagni, Lorry, etc., proscrivaient ce médicament qu'ils regardaient comme très dangereux. Selon ce dernier auteur, l'opium augmente le délire et l'agitation des maniaques. Esquirol se borne à dire quelques mots sur l'usage de ce médicament dans la folie. Il ne paraît pas l'avoir beaucoup expérimenté, et dans le petit nombre de phrases qu'il lui consacre, il lui est plutôt hostile que favorable.

» L'utilité incontestable de l'opium et son efficacité si prompte dans le traitement du délire produit par l'abus des boissons alcooliques m'ont suggéré l'idée de vérifier si ce médicament est avan-

tageux ou nuisible dans les désordres de l'intelligence dus à d'autres causes.

« Sauf les cas de folie ébrieuse, que j'ai élagués à dessein de ces recherches, mon expérimentation a embrassé les faits les plus divers au point de vue de l'étiologie.

« Elle a porté sur plusieurs genres de troubles intellectuels, entre autres sur la folie paralytique, la manie aiguë et chronique, la monomanie, les hallucinations et la démence aiguë.

« Dans la folie accompagnée de paralysie générale, l'opium m'a toujours semblé nuisible. Chez les individus où la mémoire et l'imagination conservent encore quelques traces de vivacité, il détermine un accroissement momentané de délire, auquel succède une tendance prononcée à l'asthénie intellectuelle; chez ceux où la démence est déjà avancée, il en active singulièrement l'intensité. Chez tous, il produit de la somnolence, l'injection des yeux, la turgescence du visage, en un mot, la plupart des symptômes précurseurs de la congestion cérébrale, maladie intercurrente très commune chez les aliénés paralytiques, et qui s'explique, du reste, par l'augmentation des globules du sang et la diminution absolue ou relative de la fibrine, qu'on rencontre chez environ la moitié de ces malades; il est bien entendu que je ne parle ici que de la démence chronique et paralytique.

« Ce que je viens de dire de l'opium administré dans les cas de folie paralytique, s'applique aussi à ceux de manie aiguë. Comme Lorry, j'ai constaté que ce médicament augmente le désordre des idées et des actions; et, de plus, j'ai observé qu'il dispose à la congestion cérébrale, notamment les individus d'un tempérament sanguin.

« Les genres d'aliénation mentale où l'emploi de l'opium m'a paru véritablement utile, sont: la manie chronique, la monomanie simple ou compliquée d'hallucinations, enfin la démence aiguë. A l'appui de ce que j'avance, je citerai quelques observations. Pour le moment, je me bornerai à l'exposé pur et simple des faits; plus loin j'arriverai à l'explication, à la théorie: je dirai comment et en quoi l'opium m'a paru être avantageux dans ces sortes de vésanies.

« OBS. I^{re}. — M^{me} B... est âgée de cinquante ans. Elle a un tempérament nerveux. Sa mère fut en proie à une manie périodique. Dès sa jeunesse, elle montra un esprit inquiet et tracassier. En 1845, à la suite de chagrins domestiques, elle prend tout à coup en haine sa femme de chambre; elle s'imagina avoir été empoisonnée par elle. A cet état succède bientôt la manie la plus intense. On

pratique une saignée sur-le-champ. Le lendemain et jours suivants, on soumet la malade à des bains de trois heures de durée, à l'usage des boissons délayantes ; et on lui pratique des affusions d'eau froide sur la tête. Sous l'influence de ces moyens, le délire s'apaise. On continue encore leur usage, mais ces moyens ne parviennent point à le faire évanouir totalement. Il y avait deux ans que cette dame était dans cet état de manie chronique, offrant de l'incohérence dans les idées, sans fureur, sans vociférations, sans désordre bien apparent dans les actes, quand je la soumis à l'usage de l'opium. Ce médicament augmenta le délire. L'incohérence des idées, qui constituait auparavant toute la maladie, se compliqua de violence, d'inquiétude et d'agitation. Mais, au bout de huit jours environ, la surexcitation, due à l'influence de l'opium, disparut, et très peu de temps après, l'incohérence pure et simple des idées, état qui durait sans interruption depuis deux années, diminua d'une façon graduée, au point que la malade ne tarda pas à être rendue à la société.

» OBS. II. — M^{me} S.... est âgée de vingt-huit ans. Elle est d'une constitution moyenne et d'un tempérament nerveux. Son grand-père du côté maternel a été aliéné. Mariée, et ayant toujours bien rempli ses devoirs d'épouse et de mère, cette dame apprit que des voisins faisaient de son honneur un objet de calomnie. Elle en conçut un violent chagrin, à la suite duquel un état de lypémanie éclata. Elle s'imagina qu'elle n'est plus en sûreté dans son domicile ; qu'on trame dans l'ombre un complot contre ses jours. Elle dit avoir observé des individus à figure sinistre, dont les gestes lui présageaient une fin violente. Le 23 juin 1847, je lui administre des bains prolongés et des purgatifs. Cette médication n'exerce aucune influence sur la lypémanie. Le 6 juillet, je renonce à l'usage des moyens précédents pour employer l'opium. Au bout de quelques jours, augmentation du délire et transformation de la lypémanie en excitation maniaque. Quand on déshabille la malade pour la mettre au lit, elle résiste, pousse des cris de détresse, et lance au visage de ceux qui l'approchent tous les objets qui lui tombent sous la main. Je persiste à lui administrer l'opium ; et, perdant peu à peu son énergie, le délire, qui avait résisté aux purgatifs et aux bains répétés, ne tarda point à disparaître tout à fait.

» OBS. III. — F...., âgé de quarante-six ans, épiciier, est issu d'une mère qui mourut aliénée. Au mois de novembre de l'année 1847, il se plaint d'être importuné par des hallucinations de la vue : il aperçoit chaque jour d'adroits voleurs, presque aussi légers que des sylphes, qui pratiquent, le matin, des ouvertures au plafond

de sa chambre à coucher, et qui viennent prendre possession de son appartement en dépit de sa présence et de tous ses efforts d'opposition. Comme ce malade, qui avait plusieurs fois chargé un fusil dans l'intention de s'en servir contre les prétendus voleurs dont il s'agit, pouvait à chaque instant compromettre la vie des personnes qui l'entouraient, sa famille le plaça dans une maison de santé. Là, le 13 décembre, on lui pratique une saignée de douze onces, on lui fait prendre des purgatifs et des bains tièdes avec affusions d'eau froide sur la tête. Nul changement au bout de quinze jours de traitement. Le malade n'aperçoit plus de voleurs, mais il voit dans ses hallucinations sa femme se prostituer à une troupe d'étrangers. De là des injures et des menaces de mort qu'il lui adresse. Cette conception délirante, engendrée par les hallucinations, constitue toute la folie. Je cesse l'usage des moyens précédents et j'administre l'opium. Huit jours après l'emploi non interrompu de ce remède, les hallucinations de la vue avaient cessé, et avec elles le délire partiel de l'intelligence.

» OBS. IV. — Eugénie R..., ancienne actrice, est âgée de trente-huit ans. Elle est issue d'un père qui fut aliéné. De bonne heure elle mena une conduite déréglée. Peu à peu son caractère changea. De gaie et d'aimable qu'elle était, elle devint triste, irascible, taciturne. Bientôt elle devient indifférente à tout ce qui l'entoure. Son visage porte l'empreinte de la stupeur et de l'hébétéude. On ne peut la décider ni à se mouvoir, ni à parler. Elle entre en maison de santé le 9 août 1847. Je prescris immédiatement les opiacés. J'en élève graduellement les doses; et le dixième jour de leur administration, un délire général éclate : propos incohérents, cris, vociférations sans motif. Je suspends alors l'emploi de ce moyen, et peu à peu le désordre se calme, l'excitation maniaque momentanée s'évanouit sans aucun retour de l'état d'hébétéude et de stupeur.

» L'opium exerce son influence sur le système nerveux ganglionnaire et sur le système nerveux cérébro-spinal. Il y produit deux modifications très distinctes, qui ne sont pas successives, dont l'une n'est pas la conséquence de l'autre, mais qui sont toutes deux directes, simultanées, primitives : il déprime et il stimule, il est à la fois sédatif et excitant.

» Par rapport au système nerveux ganglionnaire, c'est un déprimant des fonctions sécrétoires du tube digestif, puisqu'il détermine la sécheresse de la gorge et la constipation; et c'est au contraire un stimulant des fonctions du cœur, de la peau et des organes sexuels, car il cause l'accélération, la force et la plénitude du pouls; il engendre l'accroissement de la chaleur vitale, d'où la turgescence

ou l'expansion du sang ; principe des congestions sanguines vers les organes intérieurs ; car enfin , il provoque la sueur et donne lieu à l'érection et à l'éjaculation. Relativement au système nerveux cérébro-spinal, c'est un déprimant des fonctions sensitives et motrices, car il apaise la douleur et anéantit le spasme, et c'est un stimulant des lobes cérébraux , puisqu'il favorise la manifestation du délire.

» Or, la folie coïncide très souvent avec la *douleur* et le *spasme*. L'ordre de symptômes le plus saillant, le trouble des facultés intellectuelles et affectives, n'est pas toujours primitif ou idiopathique ; le plus ordinairement il est la conséquence d'une lésion du système nerveux ganglionnaire, lésion matérielle sans contredit, quoique inconnue dans sa nature et le plus souvent inappréciable aux sens. Selon nous, les ganglions et plexus cardiaques, le plexus hypogastrique, mais surtout les ganglions solaires et le plexus épigastrique jouent un grand rôle dans la pathogénie du délire. Jusqu'à présent on ne sait presque rien des lésions du grand sympathique, parce que à l'autopsie des aliénés on se borne généralement à examiner l'encéphale et tout au plus à jeter un coup d'œil superficiel sur les principaux viscères. Si l'on constatait avec soin dans ces ouvertures de cadavres l'état du grand sympathique, soit dans sa portion thoracique, soit dans sa portion abdominale, il est très probable qu'au bout de peu d'années on finirait par répandre quelque lumière sur la cause prochaine de la folie. Lobstein disait avoir constaté des rapports entre l'altération des nerfs ganglionnaires et certaines névropathies abdominales et encéphaliques. Quoique cette altération ait coïncidé avec des maladies d'un ordre tout différent, avec le diabète, par exemple, s'il faut en croire Autenrieth ; et quoique d'une autre part on l'ait rencontrée sur le cadavre d'individus bien portants d'habitude, ce point d'anatomie pathologique n'offre pas moins un grand intérêt à être vérifié.

» La douleur, la névropathie ganglionnaire principalement, accompagne souvent, je le répète, les troubles de l'intelligence. Tantôt elle en est le point de départ ; tantôt au contraire elle leur est consécutive et alors contribue à les accroître. Or, puisque l'opium est un agent anesthésique, on comprend très bien pourquoi dans ces deux cas il peut atténuer ou faire cesser le délire : *Sublatâ causâ, tollitur effectus*. Mais dans la folie l'opium agit encore d'une autre manière.

» L'observation journalière prouve que plus le délire est intense et général, plus on a de chances de le voir céder rapidement et d'une façon radicale. Tous les aliénistes savent qu'on guérit mieux

et plus fréquemment les maniaques que les monomaniaques, les individus atteints de manie aiguë que les personnes affectées de manie chronique. Or, dans les vésanies, l'opium, qui est un stimulant des lobes cérébraux, par conséquent qui tend à accroître le délire, l'opium tend par cela même à transformer le désordre partiel de l'intelligence en un désordre général, la monomanie en manie ou polymanie, et à faire passer le délire de l'état chronique à l'état aigu; en un mot, il devient alors un véritable agent de thérapeutique substitutive.

» Selon nous, deux choses prouvent que, dans la folie, l'opium exerce les deux influences dont il s'agit. 1° Nous avons observé que ce médicament, qui augmente presque toujours le délire des idées, fait évanouir très souvent le délire des sensations, autrement dit les hallucinations et les illusions des sens. Aussi, avons-nous employé ce caractère clinique comme un argument que nous avons ajouté à ceux dont nous nous sommes servis pour démontrer, contrairement à l'opinion d'Esquirol et à celle de tous ses élèves, savoir, que l'hallucination n'est pas toujours le produit exclusif du cerveau, qu'elle peut avoir son point de départ dans une modification survenue au milieu des nerfs de sensations spéciales. Je dis son point de départ et non sa formation définitive, car cette dernière ne peut être effectuée que par les hémisphères cérébraux (1). 2° Nous avons souvent remarqué que ceux des principes de l'opium qui représentent sa vertu sédative, la morphine, par exemple, n'accroissent pas le délire des idées ou l'accroissent beaucoup moins que l'opium en nature; d'où la conséquence d'employer la morphine préférablement à l'opium contre les hallucinations et les illusions des sens tout à fait isolées.

{» Comme l'opium est un stimulant des fonctions du cœur, comme il accélère les battements du poulx et augmente la chaleur vitale, on pourrait croire au premier abord que le délire qu'il détermine est une conséquence pure et simple d'un afflux plus considérable du sang vers la tête. Mais cette opinion ne serait point conforme à la vérité. Il n'y a point de dépendance absolue, de rapport nécessaire entre la manifestation des troubles intellectuels et l'accélération des mouvements du système circulatoire, car dans les cas d'exercice violent, dans bien des fièvres où le poulx bat 120 fois par minute, où la face est vultueuse et tuméfiée, l'intelligence demeure entièrement saine. Ce qui prouve d'ailleurs que la

(1) *Du délire des sensations.*

quantité de sang qui se porte au cerveau ou la vitesse avec laquelle il circule dans cet organe, ne sont pas les causes immédiates du délire, c'est que, dans beaucoup d'inflammations et de fièvres, dans la méningite notamment, celui-ci commence quand il y a peu d'accélération dans le pouls, et continue souvent après la disparition de ce symptôme.

» Pour obtenir, dans la folie, un résultat avantageux des opiacés, il faut les administrer sans interruption pendant un certain temps, pas moins de huit à dix jours, et à des doses successivement croissantes. Les préparations que j'ai le plus ordinairement mises en usage sont le laudanum de Sydenham, l'extrait gommeux et la morphine. Pour le laudanum, je commence par en donner 20 gouttes; le second jour, j'en donne 30, le troisième, 40, et ainsi de suite jusqu'à 120, terme que j'ai rarement dépassé. Pour l'extrait gommeux, je débute par 5 centigrammes, que j'élève successivement de 3 centigrammes par jour, jusqu'à 6 ou 7 décigrammes. Quant à la morphine, administrée d'abord à la dose de 1 centigramme, j'ai rarement dépassé celle de 1 décigramme et demi.

» Sauf quelques vomissements passagers, les aliénés supportent très bien l'opium; il n'y a donc aucune inquiétude à concevoir à cet égard. Toutefois, il ne faut pas en continuer l'usage au-delà de dix à quinze jours; car si au bout de ce temps il n'a rien produit d'avantageux, tout résultat ultérieur ne serait pas plus favorable, et de plus on s'exposerait à voir éclater des symptômes de congestion cérébrale.»

Les observations de M. Michéa sur les effets de l'opium dans les diverses formes d'aliénation mentale ne font que confirmer les résultats signalés par plusieurs aliénistes et particulièrement par M. Moreau (de Tours), et un auteur anonyme qui a publié un article sur ce sujet dans le numéro d'août 1845 du *Dublin medical Press*. Pour ce qui est du mode d'action de l'opium dans les formes chroniques de l'aliénation mentale, l'opinion de l'auteur est en tout conforme à celle qu'a développée M. Moreau dans son livre sur le haschish. M. Michéa ne connaissait probablement pas les passages dont nous venons de parler.

Considérations sur le suicide, par M. A. CHÉREAU. (Numéros des 2, 5, 9 et 23 juin et 3 juillet.)

Cet article n'est qu'un extrait d'un ouvrage encore inédit, couronné par l'Académie nationale de médecine. Sans partager l'opi-

nion de l'auteur sur plusieurs des points les plus importants de son travail, nous croyons qu'il a eu raison de combattre l'exagération de quelques écrivains, qui regardent le suicide comme étant nécessairement et toujours un acte de folie ; mais M. Chéreau nous semble être tombé dans l'excès opposé, comme il est facile de s'en convaincre en lisant les passages suivants :

» Pour un grand nombre de médecins, le suicide est *toujours* le résultat de la folie ; les individus qui se donnent la mort sont *tous*, *sans exception aucune*, malades, *tous* atteints d'aliénation mentale. Caton, l'illustre et fier Caton, se poignardant pour ne pas survivre à la chute de la République..., est un fou digne de figurer parmi les malheureux hôtes de Charenton ; Brutus et Cassius se perçant de leurs épées dans les plaines de Philippes..., fous ! Les deux Philènes, les Decius, Codrus, se sacrifiant pour leur patrie..., fous ! M. Scipion se perçant de son épée, lorsqu'il vit le vaisseau qui le portait en Espagne pris par les partisans de César..., fou ! L'affranchie Epicharis, s'étranglant avec sa ceinture plutôt que de dévoiler les noms de ses complices ; Lucrèce se poignardant devant son père et son époux pour ne pas survivre à la honte de son déshonneur..., folles ! Beaurepaire aimant mieux se brûler la cervelle que de capituler avec l'ennemi ; Badger montant volontairement sur l'échafaud à la place de son frère, après le malheureux siège de Toulon en 1794 ; Condorcet, l'illustre secrétaire de l'Académie des sciences, s'empoisonnant pour se soustraire à l'infamie du supplice ; Arnold de Winkelried, dont le dévouement entraîna la perte des ennemis de sa patrie ; Chamfort, Darthé, Daverout, Duroy, Lebas, Maure, Rebecki, Robespierre, Romme, Duquesnoy, Goujou, Soubrany, Bourbotte, Valazé, etc., se donnant la mort dans notre tourmente révolutionnaire ; le chevalier d'Assas, préférant la mort au succès des armées autrichiennes ; Bisson faisant sauter son navire qui l'engloutit lui et les pirates qui s'en étaient emparés ; Menotti, à Modène, recevant le poison de son confesseur pour ne pas monter sur l'échafaud du duc ; Napoléon, tentant de s'empoisonner à Fontainebleau.... tous ces hommes étaient fous, c'est-à-dire malades ! Il est impossible, à notre avis, de trouver une opinion qui porte plus outrage au bon sens, au raisonnement et aux faits.

• Et remarquons que tous ces hommes dont nous venons de citer les noms sont bien véritablement des suicides : ils ont recherché la mort, ils l'ont voulue, la plupart l'ont obtenue. Nous ne voyons, quant au résultat et à la cause prochaine, aucune différence entre le héros qui se tue ou s'expose à une mort inévitable pour sa patrie, pour rester fidèle à ses principes, bons ou mauvais, ou pour tout

autre motif, et l'humble ouvrier qui cherche dans la mort un remède à ses misères, à ses souffrances. Il y a dans les deux cas intention manifeste de se donner la mort ; il y a suicide (*suï*, de soi, *cædes*, meurtre). Si Esquirol ne range point parmi les suicides le sacrifice de ceux qui « n'écoulant que des sentiments nobles et généreux, se jettent dans un péril certain, s'exposent à une mort inévitable et sacrifient volontairement leur vie pour garder la foi jurée, pour le salut de leur pays, » cette restriction de l'illustre auteur des *Maladies mentales* tient à ce que, voulant absolument voir dans tous les actes de meurtre de soi-même, un acte de folie, il lui a répugné de considérer comme atteints d'aliénation mentale, comme fous, malades, des hommes dont le génie, le patriotisme et les vertus sont écrits en lettres d'or sur les tablettes de l'histoire, et il a cru pouvoir surmonter la difficulté en enlevant à ces actes le caractère de suicide.... Nous allons voir tout à l'heure que c'est la tactique suivie par tous les auteurs qui ont partagé la manière de voir du célèbre médecin de la Salpêtrière.

» Au reste, ainsi que l'a fait justement remarquer, dans un style finement critique, M. Cerise : « Le médecin d'aliénés montre une singulière disposition d'esprit ; il voit des fous partout, parmi ses amis, parmi ses confrères, dans sa famille ; il s'épargne à peine lui-même dans ses inquiètes préoccupations. La biographie des grands hommes est pour lui un recueil d'observations cliniques, l'histoire un recueil de faits pathologiques, le monde une vaste maison de santé ; tout cela sans doute pour réaliser en quelque sorte les misanthropiques réflexions du poète, pour lequel

Le monde est plein de fous, et qui n'en veut point voir,
Doit se tenir tout seul, et casser son miroir.

» Les médecins aliénistes, en effet, se laissent entraîner depuis quelques années dans une singulière pente, qui ne tend à rien moins qu'à bouleverser toutes nos idées d'ordre, de raison et de moralité. Après avoir pressuré de toutes les manières le caractère et les actions des grands hommes dont l'humanité s'honore, après avoir analysé au creuset d'un froid et erroné philosophisme la vie de ces brillants génies, ils ont mis sérieusement en doute l'état sain des facultés intellectuelles de plusieurs d'entre eux, et ils se sont demandé si quelques unes de leurs actions ne devaient point être considérées comme les résultats, les symptômes évidents, manifestes, d'une aliénation mentale. On a vu Socrate, la plus belle tête de l'antiquité, le maître de Platon et le précurseur du Christ, So-

crate, appelé « le plus sage des Grecs, » être atteint et convaincu d'hallucinations. Mahomet, un des hommes les plus puissants par le génie, était également un fou. Caton, en sa qualité de grand homme, ne pouvait échapper à cette décapitation d'un nouveau genre, et M. Chevrey, puis plus tard M. Bourdin, se sont chargés de l'exécution. Au train dont on va, un homme ne pourra pas naître avec un sublime génie, s'élever au-dessus de ses semblables par de brillantes qualités, manifester enfin une puissance intellectuelle supérieure à celle dévolue à l'humanité sans qu'il ne soit considéré comme *non compos mentis*, et qu'il ne soit rangé parmi les hallucinés, les illuminés ou les fous !

» D'un autre côté, cette tendance des médecins aliénistes à voir de la folie dans des actes que le sens commun qualifie tout autrement a eu pour résultat de venir au secours de la criminalité, et de grossir considérablement le nombre des crimes provoqués par une altération des facultés cérébrales. Toute passion violente étant considérée par ces médecins comme une « folie de courte durée, » l'homicide a trouvé dans maintes circonstances un appui tutélaire sous le manteau de la *monomanie*, et le cercle dans lequel devrait se renfermer la responsabilité des meurtriers s'est élargi d'une manière tellement déplorable, que la moralité doit s'en effrayer. On a voulu reconnaître partout de la monomanie et déclarer la liberté morte quand elle n'était que malade. Le suicide, dit-on, est un acte anormal qu'aucun homme ne peut mettre à exécution, s'il n'est atteint de folie. Mais l'assassinat d'un père, d'un enfant, d'une femme, est aussi un acte anormal, car il demande l'extinction de la philogéniture, instinct très puissant chez l'homme, aussi puissant pour le moins que l'est l'instinct de la conservation individuelle. Beccaria l'a déjà dit : « Les sentiments d'humanité sont gravés par la nature dans toutes les âmes ; il faut de bien puissants motifs pour étouffer leur voie impérieuse. » Si donc l'on admet que le suicide soit dans tous les cas le résultat de la folie, et qu'il n'implique pas de responsabilité, il faudra nécessairement aussi admettre que tout ce qui se trouve en désaccord avec l'instinct de la philogéniture, tout assassinat d'un père, d'une mère, d'un enfant, est provoqué par l'aliénation mentale, et n'implique non plus aucune responsabilité morale.

» Au reste, l'aliénation mentale ne pouvait manquer de suivre l'esprit d'analyse, qui n'a jamais été poussé aussi loin en médecine que dans ces derniers temps. L'on a voulu classer toutes les nuances de cette maladie complexe, et l'on est arrivé à lui rattacher, d'abord sous le titre bizarre de *folie raisonnante*, puis sous celui

de monomanie, une foule de dispositions intellectuelles, instinctives ou affectives, que le sens commun avait toujours rangées jusqu'alors parmi des travers, des bizarreries de caractères, si communs parmi les hommes. Rien ne surpasse le vertige dans lequel sont tombés à cet égard certains psychiatres; ils ne se sont pas contentés de revendiquer à bon droit, comme appartenant à la médecine, des actes, même de la plus féroce brutalité, exécutés par d'infortunés malades, que la loi eût pu frapper si la science ne fût venue éclairer la justice des hommes; ils ont poussé l'esprit de philanthropie assez loin pour étendre leur monomanie jusqu'à des dispositions cérébrales qu'il est impossible ou même blâmable de rattacher à l'aliénation mentale. Nous avons vu surgir à l'horizon, *la monomanie de l'argent* (lisez avarice), *la monomanie religieuse* (fanatisme religieux), *la monomanie des grandeurs* (amour-propre, orgueil), etc., etc. Pourquoi, au train dont on va, ne pas créer tout de suite (médicalement parlant) la monomanie de la chasteté (qui porte quelquefois au suicide), la monomanie du bien, du beau, du grand, la bibliomanie, la métromanie, la mélomanie! Car ici, comme dans la monomanie suicide, il y a prépondérance d'un penchant vers un objet quelconque.»

M. Chéreau soulève ici des questions qui ont été longuement discutées, mais dont la solution n'est plus contestée aujourd'hui, je ne dirai pas même par des médecins, mais qui plus est, par le plus grand nombre des magistrats éclairés.

« L'un des arguments qu'avancent en faveur de leur opinion ceux qui veulent voir toujours dans le suicide un acte d'aliénation mentale, c'est, disent-ils, que l'instinct de la conservation, l'amour de la vie, sont tellement puissants chez l'homme comme chez tous les animaux, que pour que cet instinct ne soit plus écouté, il faut nécessairement que les facultés de l'âme soient perverties, qu'il y ait folie. A les entendre, l'amour de la vie dominerait en despote toutes nos facultés; rien ne pourrait lui résister. Ils n'ont pas fait attention que pour l'homme il y avait quelque chose de plus puissant encore que l'amour de la vie : *Le désir du bien-être en rapport avec les idées et les penchants de chaque individu*. Nous ne vivons pas seulement pour vivre, mais bien pour satisfaire nos affections. La crainte de la mort est naturelle, parce qu'il y a un sentiment désagréable attaché à l'idée de la mort; mais malgré son universalité, cette crainte n'est pas au même degré chez tous les hommes et chez le même homme en tous temps. L'homme sauvage, par exemple, y sera moins sujet que l'homme civilisé, parce que sa vie se rapproche plus de la vie animale. Sans doute, le sen-

timent qui fait craindre la mort produit ses effets ordinaires toutes les fois qu'il agit seul sur l'esprit, sans rencontrer d'obstacle et sans se trouver en collision avec d'autres sentiments dont la force supérieure puisse l'obliger à céder. Mais toutes les fois que l'idée de la mort est combattue par l'idée d'un mal qui paraît plus grand que la mort même, ou l'amour de la vie par le désir d'un bien qui nous paraît préférable à la vie, le sentiment le plus faible disparaît devant le plus fort (*De Mérian*). Gloire, devoir, patrie, ces mots gravés en traits de feu dans les grandes âmes, quels prodiges n'ont-ils pas opérés ! Quels beaux spectacles n'ont-ils pas donnés au monde ! Ce sont eux qui animèrent les héros de tous les âges : les Miltiade, les Léonidas, les Pausanias, les Épaminondas, les Horaces, les Decius, les Paul-Émile, les Scipion, etc. ; c'est pour eux que les trois cents Spartiates versèrent leur sang dans le défilé des Thermopyles, et les Suisses dans la terrible journée de Saint-Jacques, qui est au-dessus de celle des Thermopyles, et où sept cents patriotes trouvèrent la mort qu'ils recherchaient. C'est encore par l'amour exalté de la liberté que Grangeneuve s'offre en sacrifice à la cause populaire ; qu'Aristodème, commandant de l'armée messénienne, obéit à l'oracle qui lui demande du sang, en immolant sa propre fille et se tuant ensuite lui-même ; que les filles d'Antipœnus se tuent pour le salut des Thébains ; qu'Anchurus, pour conjurer les dieux, se précipite, nous apprend la fable, dans un goufre qui s'était ouvert à Célène.

» L'instinct de la conservation n'est nullement mis en cause dans le suicide. L'homme qui attend à ses jours n'est point en révolte contre ces deux principes fondamentaux de cet instinct : sensation de plaisir, sensation de douleur ; nous verrons plus tard que, même dans l'accomplissement de cet acte extrême, il obéit à la loi fondamentale qui le régit, à l'amour du bien-être, poussé qu'il est de satisfaire aux besoins imaginaires, factices, non naturels, que les circonstances lui ont créés. » Le bonheur, dit *Hume*, est le but auquel tendent tous nos vœux et tous nos travaux. » « Semblable à la gravitation des corps, fait remarquer *Beccaria*, une force secrète nous fait tendre vers notre bonheur ; toutes les actions des hommes sont des suites de cette tendance. » D'ailleurs quel est l'homme qui obéit toujours invariablement aux préceptes que lui prescrit son instinct de conservation ? Ne les viole-t-il pas, au contraire, à chaque instant ? Pour satisfaire ses passions, pour contenter ses désirs, ne le voit-on pas à tout moment s'exposer aux causes qu'il sait devoir mettre son existence en péril ? Le premier qui osa s'élever dans les

airs, emporté par une frêle enveloppe de papier; celui qui songea à aller explorer l'immensité des mers pour découvrir un nouveau monde; le courageux disciple d'Esculape qui alla se soumettre volontairement, loin de son pays, aux émanations de la peste; le hardi voyageur qui explora le premier les terres arides, et fertiles en accidents de toutes sortes, de l'Afrique centrale; tous ces hommes dont nous admirons le courage, la grandeur d'âme, le génie, n'ont-ils pas été, dans leurs périlleuses entreprises, en opposition complète avec leur instinct de conservation? Tous les jours nous en voyons exposer leur santé, leur vie, pour satisfaire leurs penchants; les uns, avides de connaître et de faire profiter leurs semblables de la science qu'ils acquerront, troublent par un travail excessif le libre exercice de leurs fonctions, fatiguent outre mesure leur organisation, et meurent prématurément victimes de leur dévouement; d'autres, mus par la passion du gain, par l'amour des richesses, s'exposent aux plus grands dangers pour parvenir au but qu'ils convoitent; ceux-ci attendent tous les jours à leur conservation en s'abreuvant de liqueurs qui les minent graduellement; ceux-là se privent des choses les plus indispensables à la vie par l'appât de l'or: il n'est pas enfin, peut-être, un seul homme qui obéisse constamment, invariablement aux ordres de la nature, et qui ne mette, de quelque manière que ce soit, son existence en péril. Il nous faut de l'activité, des dangers à surmonter, des périls à vaincre; l'uniformité n'est pas de notre ressort, l'apathe nous tue, et, chose remarquable, en engendrant l'ennui, conduit au suicide. Cela me rappelle cette réponse qu'un oculiste du siècle dernier fit à un paysan qui venait le consulter. Ce dernier trouva le docteur à table, buvant et mangeant bien. « Que faire pour mes yeux? lui dit le paysan. — Vous abstenir de vin, répond l'oculiste. — Mais il me semble, reprend le paysan, en s'approchant de lui, que vos yeux ne sont pas plus sains que les miens, et cependant vous buvez? — Oui, vraiment: c'est que j'aime mieux boire que guérir. » Que de gens plongés dans l'effervescence des passions, et connaissant les tristes résultats qui en découleront pour eux, aiment encore mieux y obéir que d'éviter, en les combattant, tous les maux qui viendront bientôt les assiéger!

» Voyez ces deux furieux que le féroce point d'honneur a armés l'un contre l'autre: victimes d'un terrible préjugé, ils se livrent volontairement à une mort presque certaine, puisque celle-ci n'a à choisir qu'entre deux proies. Chacun défend sa vie, il est vrai; mais aussi chacun pourrait ne pas s'exposer à la mort; et pourtant

tous deux préfèrent la fin de leur existence à la honte d'être accusés de lâcheté : ils aiment mieux l'approbation d'un monde égoïste et injuste que leur propre conservation.

» C'est ce que *Montesquieu* a bien senti, lorsqu'il écrivit le paragraphe suivant :

» L'amour-propre, l'amour de notre conservation, se transforme en tant de manières, et agit par des principes si contraires, qu'il nous porte à sacrifier notre être pour l'amour de notre être ; et tel est le cas que nous faisons de nous-mêmes, que nous consentons à cesser de vivre pour un instinct naturel et obscur, qui fait que nous nous aimons plus que notre vie même.

» Il n'y a pas, à notre avis, grande différence entre l'animal qui, poussé par la faim, s'expose aux plus grands dangers pour la satisfaire, attaque un autre animal plus fort que lui et qu'il craint cependant, et l'homme qui, mû par de vifs désirs de gloire, d'honneurs et d'estime publique, s'expose à une mort certaine, ou même se la donne lui-même. Il y a dans les deux cas une force prédominante, née de l'instinct même de la conservation : là c'est la faim à laquelle il faut absolument obéir aux dépens même de son existence ; ici c'est une activité plus noble, plus élevée, une force intellectuelle, dont la non-satisfaction est plus pénible que la perte même de la vie.

» Que l'on ne prétende donc pas que l'amour de la vie domine toutes nos facultés, et que l'homme qui se tue doit être nécessairement, et par cela même, aliéné. Au-dessus de cet amour de la vie règne un autre désir insatiable, immense, agrandi démesurément par l'effet de la civilisation : celui de satisfaire les penchants, les inclinations, les entraînements. Le malheureux qui se donne la mort est poussé à cet acte par les douleurs vraies ou imaginaires qui assiègent son âme et qui sont plus violentes que l'amour même de la vie. C'est à l'amour de soi, à l'aversion de la douleur qu'il faut remonter pour trouver la cause du suicide, que l'on pourrait appeler le *délire de l'amour de la vie* ; et, comme le proclame avec tant de raison l'illustre auteur de *Corinne*, « on est égoïste en se donnant la mort, » vérité incontestable, dont l'oubli a entouré d'un nuage profond la question du suicide, et devant laquelle s'évanouit la définition que nous donne un auteur moderne, pour lequel le suicide est « le délire de l'amour de soi. » Car, bien loin que l'amour de soi se trouve éteint ou malade chez ceux qui se donnent la mort, c'est ce sentiment exagéré qui les pousse à s'affranchir par le meurtre d'eux-mêmes des douleurs de la vie.

» — Qui me délivrera de mes maux ? s'écrie le philosophe Antisthène.

» — Voici ton libérateur, dit Diogène; et il lui présente un poignard.

» — Ce n'est pas, répliqua le premier, de la vie que je veux être délivré, mais de la douleur.

» Réponse pleine de sens, qui représente avec autant de justesse que de simplicité cette dualité qui existe chez l'homme entre l'amour qu'il a pour la vie et son penchant à éviter tout ce qui peut provoquer chez lui des sensations de douleur et de peine. Ce n'est pas la haine, l'ennui de la vie qui arment la main de l'homme qui attende à ses jours, mais bien la douleur réelle ou imaginaire qui lui impose le sacrifice du plus précieux des biens que le Créateur ait mis sous sa sauvegarde.

» C'est donc à juste titre que l'on blâme hautement le suicide, et que l'on y voit les résultats d'un lâche abandon en présence des douleurs de l'âme. C'est au moment où les malheurs de la vie parviennent à leur apogée qu'il faut plus de résignation et de courage. A peine est-il nécessaire de s'arrêter d'une manière particulière sur les arguments de ces casuistes qui, comme l'abbé de Saint-Cyran, Duvergier de Hauranne, fondateur de Port-Royal, Jean Donne, Thomas More, le Suédois Jean Robeck, Montesquieu, Deslandes, Hume, Robert de Normandie, etc., sans parler des écrivains de l'antiquité, ont cherché à défendre le suicide: A coup sûr, leurs talents eussent été beaucoup plus utilement employés pour le monde qu'à plaider en faveur d'un acte, lequel, s'il était commis par tous ceux qui, d'après ces apologistes, le regarderaient comme légal, finirait par anéantir plusieurs des plus nobles vertus, du courage, de la patience et de la résignation. »

Rebus in adversis facile est contemnere vitam,
Fortius ille facit qui miser esse potest.

• • • • •
 « Quoi qu'on en ait dit, les passions ne détruisent pas complètement notre liberté, mais elles la rendent plus difficile; elles en font à toute heure comme le siège et la circonvallation. Chez l'homme le plus passionné, fait remarquer M. Lherminier, la liberté est encore possible et la responsabilité persiste, opinion qui a déjà été émise par Descartes, lorsqu'après avoir fait ressortir la puissance que les passions exercent sur nos déterminations, il fait remarquer que l'homme *peut* ne pas consentir aux effets de ses passions et

retenir leur mouvement. « Par exemple, ajoute l'illustre philosophe, si la colère fait lever la main pour frapper, la volonté peut ordinairement la retenir ; si la peur incite les gens à fuir ; la volonté les peut arrêter, et ainsi des autres. » Un homme, par quelque motif que ce soit, réel ou imaginaire, éprouve de vives douleurs morales qu'il n'a ni le courage ni l'intelligence peut-être de surmonter ou de combattre ; des idées de suicide surgissent dans son esprit ; d'abord il les repousse, mais peu à peu elles y reviennent, grandissent, s'y accoutument. Le malheureux s'habitue en quelque sorte à ces sombres pensées ; elles l'obsèdent, le poussent, le tourmentent, le dominent, le tyrannisent, et bientôt il y obéit. Assurément, dans cette dernière période d'exacerbation, la liberté morale est fortement ébranlée, ou même peut-être presque complètement subjuguée ; mais dans le principe, cette liberté s'exerçait intacte, elle jouissait de la force nécessaire pour prévenir la catastrophe. Il y a donc responsabilité dans l'acte accompli, et non aliénation mentale.

» A part les cas très nombreux, nous le reconnaissons, ou l'aliénation mentale est manifeste, l'homme qui se donne la mort se trouve dans des conditions cérébrales telles que sa volonté, son libre arbitre ont conservé sinon toute leur intégrité, du moins une activité assez grande pour que la responsabilité subsiste ; il sait encore discerner les écarts psychologiques dont il est la victime ; il peut ne pas vouloir exécuter l'acte vers lequel il tend ; il peut triompher de son horrible penchant : il n'est pas fou, il est libre, et seulement délirant. Combien d'individus qui ont nourri pendant longtemps des idées de suicide, et qui sont même parvenus à un commencement d'exécution, ont été détournés de leurs horribles projets par des circonstances fortuites qui ont changé le cours de leurs idées, et remplacé presque tout à coup le dégoût profond qu'ils avaient conçu pour la vie, par un désir tout opposé de conservation ? »

De ce que, à une époque de sa vie, un homme a été maître de sa liberté morale, il ne faut pas en conclure qu'il est responsable des actes qu'il vient à commettre quand cette liberté morale est presque complètement subjuguée ; ce serait aller plus loin que MM. Elias Regnault et Collard (de Marigny) : ce serait effacer d'un trait de plume toute la jurisprudence relative aux maladies mentales.

Nous nous en tiendrons à ces passages, convaincu que l'extrait auquel nous les empruntons ne peut que donner une idée fort imparfaite de l'opinion de l'auteur ; et puis nous devons laisser à d'autres, engagés déjà dans cette discussion, le soin de réfuter, s'il

y a lieu, les assertions de M. Chéreau. Voici d'ailleurs les conclusions de son travail :

« 1° Le suicide est très fréquemment un symptôme, une conséquence de l'aliénation mentale; mais supposer que tous les individus qui se tuent sont des fous dans toute l'acception du terme, et par conséquent irresponsables de leurs actes, c'est émettre une opinion insoutenable, et combattue victorieusement par le raisonnement et par les faits.

« 2° Le suicide peut être défini : *le délire de l'amour de la vie*. En effet, l'homme qui se tue est poussé à cette extrémité par le désir impérieux de trouver un bien qu'il ne croit pas pouvoir rencontrer dans la vie.

« 3° Le suicide, accompli dans le plein exercice du libre arbitre, est une lâcheté et un acte purement égoïste. »

Gazette des hôpitaux.

1848 (2^e, 3^e et 4^e trim.) et 1849 (1^{re} et 2^e trim.) (1).

De la pellagre. (Numéros des 8 et 17 juin.)

Dans plusieurs des leçons qu'il fait annuellement à l'hôpital Saint-Louis, M. Devergie est entré dans quelques détails à l'occasion d'un cas de pellagre qui était alors dans l'une de ses salles. Ces détails ne présentant, au point de vue des lésions du système nerveux, aucune particularité nouvelle, nous ne croyons point devoir nous y arrêter. Selon M. Devergie, la pellagre est une maladie générale non contagieuse, ayant pour cause occasionnelle l'insolation.

Observations sur les effets de la colère. (Numéro du 13 juin.)

M. Lavirotte, chef de clinique de M. Pointe à l'hôtel-Dieu de Lyon, a recueilli sur cette question deux observations que nous croyons devoir reproduire.

« Obs. 1^{re}. *Crise nerveuse déterminée par un accès de colère.* — Marie Meyer, âgée de quarante et un ans, mère de sept enfants qu'elle a tous nourris, d'un tempérament lymphatique nerveux, d'une assez faible constitution, est affectée depuis quatorze ans de douleurs rhumatismales, dont elle se ressent à tous les change-

(1) V. *Annales médico-psychologiques*, t. XII, p. 374.

ments de temps. Elle a été assez bien réglée depuis l'âge de dix-sept ans. Depuis quelques mois, elle est sujette à des fleurs blanches. Il y a sept mois qu'elle a perdu un enfant âgé de huit mois qu'elle nourrissait, et auquel elle portait une affection toute particulière. Depuis cette époque, elle éprouve presque chaque jour une sensation de constriction au larynx; cette sensation augmente à la moindre émotion morale, au point d'amener une gêne notable dans la respiration.

» Le 6 septembre, elle a éprouvé une crise si violente, que sa face est devenue toute cyanosée; et que pendant deux heures elle est restée sans voix; sans parole; presque sans connaissance, comme suffoquée.

» Le 7, elle est entrée à l'hôtel-Dieu. Elle ne se plaint plus que de cette sensation de constriction à la gorge qu'elle éprouvait depuis longtemps; seulement le resserrément reste plus fort qu'il ne l'avait jamais été. Quoique l'appétit soit conservé, l'amalgrissement est considérable.

» Le 16, Marie Meyer éprouve encore un léger accès, et, le 25, elle sort en conservant cette constriction à la gorge, mais à un degré bien plus faible qu'il ne l'avait été depuis sept ou huit mois.

» On avait soumis cette malade à une alimentation légère; on lui avait donné de la tisane de tilleul et de feuilles d'oranger, et des pilules de Mélin.

« OBS. II. *Paralysie générale et incomplète du mouvement causée par un accès de colère.* — Françoise Classin, âgée de vingt-huit ans, domiciliée à la Guillotière depuis dix ans, d'un tempérament lymphatique, d'une forte constitution, a été réglée à l'âge de onze ou douze ans. Depuis deux ans seulement cette fonction est devenue irrégulière; les règles ne se montrent que tous les deux, quatre ou cinq mois. Cette femme est mariée; elle a eu cinq enfants.

» Il y a deux ans qu'elle a eu une discussion violente avec son mari, dont elle prétend avoir beaucoup à se plaindre. A la suite de cette querelle, elle s'est mise dans un tel état de colère, que la parole est aussitôt devenue impossible. La marche et tous les mouvements ont tellement perdu de leur énergie, qu'elle ne pouvait se soutenir et manger seule. Au bout de six mois la parole était revenue insensiblement; elle pouvait marcher un peu et prendre les grès objets.

» Aujourd'hui cet état s'est encore amélioré, mais elle ne peut encore saisir les petits objets. Elle a essayé, devant nous, de tourner les feuillets d'un livre, ce qu'elle n'est parvenue à exécuter qu'avec la plus grande peine. La marche est difficile; il faut que

cette femme s'appuie sur quelque chose. Il n'y a jamais eu de douleurs. La menstruation exceptée, toutes les autres fonctions s'accomplissent régulièrement.

» Cette femme est sortie le 22, sans amélioration notable, et sans vouloir attendre le résultat d'un traitement qu'on dut lui faire envisager comme long. »

Nous ferons sur cette seconde observation une remarque qui nous paraît importante. L'accès de colère n'est point, selon nous, la cause, mais bien un symptôme de la maladie de la femme Classin. Ces accès de colère sont assez communs dans le cours de la paralysie générale, et surtout dans la première période. Ils coïncident souvent avec des congestions cérébrales qui en sont plutôt la cause que l'effet. Nous signalerons en passant chez cette femme l'absence des désordres intellectuels, phénomène assez commun dans la première période de la paralysie générale.

(La suite au prochain numéro.)

L. LUNIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences de Paris.

Séance du 28 mai 1849.

TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE.

M. *Chéneau* adresse un mémoire sur l'épilepsie.

L'auteur s'est proposé, en publiant ce travail, de démontrer la curabilité de l'épilepsie. Il établit comme conséquence de ses recherches :

- 1° Qu'il y a progrès dans le traitement de l'épilepsie ;
- 2° Que la guérison de l'épilepsie, quand elle a lieu, n'est pas exclusive aux premiers âges de la vie ; qu'on peut aussi l'obtenir à un âge assez avancé ;
- 3° Que cette différence d'âge ne modifie pas d'une manière notable les chances de succès ni la difficulté du traitement ;
- 4° Que les complications d'idiotisme, de paralysies plus ou moins étendues, etc., ne sont pas des obstacles insurmontables à la guérison ;
- 5° Que le traitement peut être de courte durée, mais qu'il est impossible par avance de rien préciser à cet égard ;
- 6° Que la digitale mérite de fixer l'attention des praticiens dans le traitement de l'épilepsie.
- 7° Que l'opinion émise par des médecins, que plusieurs accès ne peuvent se montrer dans une même journée, n'est pas suffisamment motivée ;
- 8° Que l'on a commis une erreur en donnant comme symptôme caractéristique de l'épilepsie, une pâleur extrême succédant, vers la fin de l'accès, à la rougeur de la face qui existait pendant celui-ci ;
- 9° Qu'il existe chez l'homme une forme de l'épilepsie à laquelle on peut conserver le nom de *tournis*, qui déjà lui a été donné ;
- 10° Que le *tournis* n'est pas toujours dû à une lésion du cerveau ou des pédoncules du cervelet ;
- 11° Enfin que le *tournis* peut guérir.

Académie nationale de médecine de Paris.

Séance du 6 mars.

INFLUENCE DES COMMOTIONS POLITIQUES SUR LA FOLIE.

M. *Londe* lit, en son nom et en celui de MM. Fairé et Ferrus, un rapport sur un travail de M. Belhomme ayant pour titre : *Influence des événements et des commotions politiques sur le développement de l'aliénation*. Ce travail comprend dix observations de folies survenues à la suite des événements de février. Les sujets de ces observations étaient tous fortement prédisposés à la folie, et même quelques uns d'entre eux avaient déjà été fous. La révolution n'a donc été chez eux, comme l'a remarqué d'ailleurs M. Belhomme, que la cause occasionnelle de la folie. Le traitement employé par M. Belhomme, presque toujours couronné de succès, n'a été autre que celui dont l'expérience a sanctionné l'efficacité : sédatifs, révulsifs et distractions.

L'Académie remercie l'auteur de sa communication.

Séance du 13 mars.

M. *Baillarger* demande la parole à l'occasion du procès-verbal, et fait la communication suivante :

A propos du rapport de M. *Londe* sur le mémoire de M. Belhomme, j'ai fait quelques recherches pour savoir si effectivement les commotions politiques ont l'influence qu'on leur a attribuée sur le développement de la folie. Voici les résultats auxquels je suis arrivé :

En 1848, il est entré à la Salpêtrière et à Bicêtre 1,354 aliénés ; en 1847, il en est entré 1,230, ce qui donne à l'avantage de 1848 une différence de 124. Mais il faut remarquer que, par suite des revers de fortune qu'a occasionnés la révolution, 32 aliénés qui ne pouvaient plus être entretenus à Charenton par leurs familles ont été dirigés sur Bicêtre ou sur la Salpêtrière. En outre, il y a eu, en 1843, 1,335 entrées, et, en 1846, 1,331 dans ces deux établissements, c'est-à-dire un nombre supérieur à celui de 1848, si l'on fait abstraction des 32 aliénés évacués de Charenton.

Je ne voudrais pourtant pas conclure de ces résultats que les événements politiques ne puissent pas déterminer la folie chez quelques individus prédisposés, mais évidemment ils n'augmentent pas le

chiffre des aliénés, ce que l'on s'explique d'une manière assez satisfaisante, en songeant que si les révolutions exagèrent certaines causes d'aliénation, elles en diminuent ou font disparaître certaines autres, telles que des excès de bien des genres et certaines passions domestiques, et qu'il s'établit une sorte de compensation.

M. Ferrus : Je viens de visiter plusieurs établissements d'aliénés, et dans aucun d'eux je n'ai vu que le nombre des entrées se soit accru en 1848. Je ne puis donc que confirmer les résultats obtenus par M. Baillarger.

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE.

M. Boudin, médecin en chef de l'armée des Alpes, lit un travail ayant pour titre : *Études sur la nature de la maladie décrite sous le nom de méningite cérébro-spinale épidémique, et sur ses rapports avec la grande manifestation épidémique de 1814*. Voici les conclusions générales de ce travail :

1^o La science a enregistré les faits anatomo-pathologiques constatés par le jeune chirurgien ; mais elle n'a pas sanctionné les déductions médicales qu'il en tirait relativement à la nature ainsi qu'à la dénomination nouvelle à donner à la maladie.

2^o La dénomination de méningite cérébro-spinale, adoptée pour la désignation de la maladie qui, depuis une dizaine d'années, a régné sur une échelle plus ou moins considérable dans un grand nombre de localités de la France et de l'Algérie, n'est pas en rapport ni avec l'ensemble connu de la symptomatologie de cette affection, ni avec la dissémination des lésions anatomo-pathologiques.

3^o Il n'existe aucune différence appréciable entre la maladie dont il s'agit et celle qui a été observée en 1814 à Grenoble par MM. Comte et Billerey ; à Paris, par Bielt ; à Metz, par M. Rampont.

4^o Enfin la maladie qui règne depuis 1837 doit être considérée comme une des formes de la grande manifestation épidémique qui, dans les dernières années de l'empire, a régné en France, ainsi que dans une partie considérable de l'Europe.

Société de médecine de Paris.

Séance du 3 novembre 1848.

PARALYSIE GÉNÉRALE.

M. Briquet, à l'occasion des cas de paralysie générale dont on

s'est occupé dans une des séances précédentes, rapporte l'observation d'un homme très vigoureux, et que l'excès de travail a affaibli, puis paralysé. Ce malade tournait une roue pendant quinze ou vingt heures par jour. La paralysie dont il est actuellement atteint a successivement envahi les extrémités supérieures, puis les inférieures, sans qu'il ait été possible de localiser cette affection. M. Briquet a retrouvé dans ses notes deux observations ayant beaucoup d'analogie avec la précédente.

M. *Sandras* observe en ce moment dans son service plusieurs paralysies générales, pour lesquelles la cause signalée par M. Briquet n'a pu être invoquée.

Deux de ces malades sont atteints de la paralysie générale qu'on pourrait appeler sénile. L'un est un vieillard d'une intelligence droite, mais affaibli : il a une paralysie des membres inférieurs ; les supérieurs commencent à être envahis, et il est survenu en outre une incontinence des matières fécales. Depuis, ce vieillard, qui avait échappé à une pneumonie fort grave, a dépéri peu à peu et s'est éteint sans qu'il se soit manifesté aucune affection locale aiguë.

A l'autopsie, on a trouvé les deux corps striés et la substance ambiante criblés de petites cavités, d'espèces de cellules tapissées d'une membrane semi-organisée et à moitié remplies de sérosité transparente. Il n'y avait aucune autre altération dans l'encéphale. Ces petites cavités semblaient provenir d'anciens foyers apoplectiques.

Rien dans les antécédents de ce malade n'avait donné lieu à diagnostiquer une apoplexie.

Le sujet du second cas est une femme de cinquante ans qui paraît en avoir soixante-dix. Chez cette malade, l'embarras de la parole est très marqué et caractéristique. Tous les autres symptômes de la paralysie progressive sont également bien indiqués, et cependant il n'y a aucun trouble dans les facultés intellectuelles. Cette femme marche continuellement avec une peine extrême et une grande lenteur ; elle offre en même temps quelques symptômes douteux de chlorose.

Un troisième malade présente tous les symptômes paralytiques et offre en outre un peu de désordre intellectuel. Il se croit lésé dans ses droits et s'en est plaint au ministre de la justice. Le désordre intellectuel a diminué depuis l'entrée à l'hôpital, et se borne maintenant à de la bizarrerie et à une excessive susceptibilité. L'état de ce malade s'est amendé sensiblement sous l'influence de cautères à la nuque, et par l'usage de l'électricité, appliquée surtout aux membres supérieurs.

Chez un quatrième malade, la sensibilité surtout est altérée; cet homme est en outre amaurotique. C'est un mécanicien qui travaillait énormément. Comme il avait eu autrefois quelques accidents syphilitiques et qu'il offrait actuellement des douleurs nocturnes dans les os longs, le traitement fut dirigé dans ce sens, et amena une rapide et notable amélioration. M. Sandras insiste sur l'importance qu'il y a, dans les cas de cette nature, à explorer avec soin les antécédents des malades.

MOYEN DE FAIRE DORMIR.

M. *Sandras* raconte qu'il vient d'employer avec succès le moyen conseillé par M. Latour pour faire dormir. Une femme, d'ailleurs saine d'esprit, était tourmentée jour et nuit par des hallucinations de l'ouïe. Sous l'influence d'un traitement antichlorotique indiqué par l'état général de la malade, il était survenu un peu d'amélioration, mais il n'y avait pas de sommeil. M. Sandras lui recommanda de se mettre à compter jusqu'à mille tous les soirs, quand elle voudrait dormir, et de recommencer à chaque fois qu'elle serait éveillée la nuit, et dans le jour quand elle serait tourmentée par ses hallucinations. Dès la première nuit, la malade put ainsi dormir une heure; les premiers jours elle obtint de rester quelques heures sans entendre de voix. Enfin, au bout de trois semaines la guérison était complète.

FOLIES SIMULÉES.

M. *Bois de Loury*, communique à la Société quelques remarques qu'il a eu récemment occasion de faire sur les folies simulées. Il en a observé un assez grand nombre dans ces derniers temps. Il importe, dit-il, de se tenir en garde, car la simulation ressemble quelquefois à la réalité, et les plus habiles observateurs y sont pris.

M. *Deslandes* fait observer que certains malades ont avoué qu'ils seraient réellement devenus fous s'ils avaient continué à simuler la folie quelques jours de plus.

M. *Brierre de Boismont* affirme en effet que beaucoup de folies simulées sont, à l'insu des prétendus aliénés, devenues des folies réelles. Il rapporte à cet égard l'histoire bien connue de ces deux marins français prisonniers sur les pontons anglais, qui eurent la constance de simuler la folie pendant six mois de suite, et qui, au bout de ce temps, ne recouvrèrent leur liberté qu'au prix de leur raison véritablement perdue.

Société médico-pratique de Paris.

Séance du 9 avril 1848.

FOLIE SYMPATHIQUE ET CHORÉE.

M. *Bonnassies* rapporte l'observation d'une jeune personne de vingt et un ans, lymphatique, qui fut prise subitement d'affaiblissement des jambes, de prostration et d'anémie. On reconnut l'existence de tubercules crus sous la clavicule droite, et on lui donna des ferrugineux ; puis la faiblesse augmentant, sept vésicatoires furent promenés sans succès le long de la colonne vertébrale. Il en fut de même des bains sulfureux et salés. Enfin, il y a quelque temps, cette jeune fille fut prise de manie furieuse avec mouvements choréïques.

M. *Belhomme* a vu également une jeune fille tuberculeuse prise tout à coup d'un accès de manie. Dans ce cas, dit-il, quand les tubercules passent à l'état de suppuration, la manie cesse. Les soins doivent être dirigés vers l'affection tuberculeuse.

M. *Thirial* rapporte le fait d'une jeune fille atteinte de chorée chronique depuis cinq ans. Cette demoiselle, fort délicate, quoique fraîche, avait une semi-paralysie des membres supérieurs et inférieurs. Ayant subi une insulte à sa pudeur, elle vit la faiblesse de ses jambes augmenter : elle était vacillante, sans cesse en mouvement, puis sa santé chancela, et enfin, vers le mois d'août 1848, des tubercules jusqu'alors latents marchèrent rapidement vers la suppuration ; alors les mouvements se coordonnèrent, les cavernes survinrent et la mort finit par arriver. Si cette jeune personne eût été contrariée, nul doute qu'elle n'eût été prise de délire-broyant, comme la malade de M. *Bonnassies*. Pour celle-ci, M. *Thirial* conseille des bains prolongés avec affusions froides, des antispasmodiques, et surtout des lavements de musc à haute dose.

BIBLIOGRAPHIE.

COMPTE ADMINISTRATIF, STATISTIQUE ET MORAL, SUR LE SERVICE DES ALIÉNÉS DU DÉPARTEMENT DE L'YONNE, POUR L'ANNÉE 1845, PAR M. GIRARD DE CAILLEUX, Médecin en chef, directeur de l'asile d'Auxerre (1).

Le compte rendu que publie M. Girard peut être divisé en deux parties, l'une médicale, l'autre administrative. Le premier document que nous rencontrons est le tableau des aliénés répartis par arrondissements. Déjà quelques comptes rendus d'asiles contiennent des tableaux semblables. Ils permettront d'établir d'une manière précise la fréquence relative de la folie dans les campagnes et dans les villes. Nous nous bornons, pour le moment, à indiquer ici la différence énorme que signale M. Girard entre les différents arrondissements du département de l'Yonne. Ainsi, dans l'arrondissement d'Auxerre, il y a 1 malade sur 989 habitants; dans celui de Tonnerre, au contraire, la proportion n'est plus que de 1 sur 1,947. Nous croyons devoir faire remarquer qu'il serait nécessaire, sous ce rapport, d'isoler, et ce serait chose facile, les idiots, les épileptiques et les aliénés; les documents deviendraient alors beaucoup plus précieux et serviraient à juger la question d'une manière plus précise.

Comme l'ont déjà fait, entre autres, MM. Parchappe à Rouen, et Archambault à Nancy, l'auteur a indiqué séparément le nombre

(1) Chez J.-B. Baillière, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

des paralytiques : il a été de 1 sur 7 aliénés chez les hommes , et de 1 sur 23 seulement chez les femmes.

M. Girard a noté séparément le nombre et la nature des illusions des sens et des hallucinations chez un grand nombre de malades. Il a résumé dans un tableau le résultat de ses recherches. Nous retrouvons la prédominance des hallucinations de l'ouïe sur celle de la vue ; mais nous notons surtout un fait auquel , à notre avis , on doit accorder une certaine importance , c'est la rareté des hallucinations dans la paralysie générale.

Du tableau des décès , il résulte que sur 25 malades qui ont succombé , 7 étaient aliénés , 8 paralytiques , 2 idiots , 8 épileptiques ; il y a eu 1 décès sur 10 chez les hommes , 1 sur 12 chez les femmes. Les guérisons ont été de 1 sur 75 chez les hommes , et de 1 sur 18 chez les femmes , différence qu'il faut ici évidemment rapporter à des circonstances toutes fortuites , et qui ne subsisterait pas si le nombre des observations avait été plus considérable.

Cette partie médicale se termine par un tableau résumant les altérations anatomiques rencontrées après la mort. Ce tableau , fait avec beaucoup de soin , pourra être consulté avec fruit par tous ceux qui s'occuperont des recherches nécroscopiques dans la folie.

Nous avons passé sur beaucoup de points , l'influence des âges , des saisons , de l'état civil , des professions , etc. : qu'il nous suffise de dire que cette statistique , qui comprend seulement l'année 1845 , et par conséquent repose sur un nombre de faits peu considérable , est , au moins quant à l'étendue du cadre et des questions examinées , une des plus complètes qu'on ait publiées.

La partie administrative , en y comprenant les propositions du budget pour l'année 1847 , est la plus étendue de ce compte rendu. En étudiant avec soin tous ces tableaux , où aucun détail important n'a été omis , on reste bien vite convaincu qu'une telle œuvre ne peut être que le résultat de sérieuses études administratives. Nous ne saurions d'ailleurs que renvoyer le lecteur aux tableaux qui échappent à l'analyse. C'est un second travail dont l'examen exigerait à lui seul un long article. En résumé , ce compte rendu , comme tous les travaux que M. Girard a publiés jusqu'ici , révèle chez lui un esprit actif , un sens droit et pratique. C'est à ces qualités et à la persévérance dont il a fait preuve qu'il a dû de pouvoir conduire à bonne fin l'œuvre si difficile entreprise par lui à l'hospice d'Auxerre , œuvre devant laquelle bien d'autres auraient reculé. Dès le début , il a eu , en effet , à lutter contre des obstacles sans cesse renaissants et contre des préventions puissantes. A force d'intelligence , de courage et d'activité , quelques années lui ont suffi pour atteindre le

but qu'il s'était proposé, et l'asile d'Auxerre, dans lequel tout était à créer, est devenu l'un de ceux qu'on peut placer au premier rang pour l'organisation administrative et médicale.

J. BAILLARGER.

SIXIÈME RAPPORT

SUR LE SERVICE

DES ALIÉNÉS DE L'ASILE DE FAINS (MEUSE).

COMPTE ADMINISTRATIF 1847. — BUDGET 1849.

PAR M. BENAUDIN,

Directeur et médecin en chef de cet établissement,

Depuis longtemps la commission de surveillance de l'asile de Fains est partagée en deux camps bien tranchés : une minorité éclairée, intelligente, voulant faire le bien, et une majorité qui ne brille que par les qualités tout opposées. Ces messieurs de la majorité, persuadés sans doute qu'un asile d'aliénés n'a rien de commun avec la médecine, se sont avisés un jour de faire croire au public *qu'ils étaient d'avis* que les fonds de l'établissement étaient mal employés, quand ils servaient à l'impression des rapports médicaux du directeur. Dès lors il a fallu supprimer la partie médicale de ces rapports, parce que ces messieurs de la commission (de la majorité, bien entendu) *ne comprenaient point ce qu'ils lisaient (sic)*, et voilà pourquoi le travail que nous analysons cette année est purement administratif. Mals à quelque chose malheur est bon ; nous perdons, il est vrai, une de ces excellentes monographies de pathologie mentale dont nous gratifiait chaque année M. Renaudin, mais il nous donne en revanche un traité complet d'administration ; de telle sorte que, ne perdant rien au change, nous serions désireux de voter des remerciements à cette bien estimable commission de Fains, si, venus de notre part, ceux-ci ne devaient pas lui paraître quelque peu suspects.

Nous connaissons depuis plusieurs années les savants commen-

taires sur la loi de 1838, que renferme le répertoire de M. Durrieu ; c'était l'interprétation d'une législation tout entière. Par son travail de 1845, M. Renaudin compléta en quelque sorte celui de M. Durrieu ; mais c'était un ouvrage pratique ; il s'agissait de créer l'administration d'après les bases reconnues légales : l'auteur précisa la conduite à tenir, les règles à suivre pour parvenir à les vaincre. Enfin, il traita avec cette supériorité de vues qui lui est propre les questions les plus importantes qui s'y rattachent. Le rapport actuel n'est que la continuation de ce premier ouvrage ; c'est la mise en pratique, l'expérimentation de ces mêmes idées dans l'asile de Fains, c'est l'exposition vraie et fidèle des résultats obtenus dans cet établissement.

La première question qui s'offre à l'examen du lecteur est celle de la constitution des asiles : Ont-ils une existence qui leur est propre, indépendante ; en un mot, jouissent-ils de la vie civile ? ou bien, pour exister, faut-il qu'ils soient rattachés à l'une des trois grandes unités politiques, l'État, le département ou la commune ? L'auteur conclut à leur existence indépendante ; et cette opinion, contraire à celle de certains conseils généraux qui, non contents de revendiquer le droit de propriété sur leurs asiles, en revendiquent aussi l'administration directe, est encore corroborée par celle, à coup sûr bien plus importante, du magistrat éclairé qui, pendant plus de vingt années, dirigea avec tant d'habileté le département de la Meuse. M. le comte d'Arros, dans un de ses derniers rapports à son conseil général, s'exprimait en effet de la sorte : « Je crois » donc que vous ne pouvez agir sur la formation du budget de » l'asile des aliénés que par voie d'observation générale ; car je » ne comprendrais pas comment, pendant la durée ordinaire de » votre session, vous pourriez discuter utilement tous les articles » d'un budget aussi compliqué, et dont les éléments nombreux » échapperaient forcément à votre appréciation. » Plus loin, l'auteur mentionne l'importante augmentation qu'a subie la population de l'asile de Fains depuis 1842, époque de sa réorganisation. Il passe en revue les divers articles de la loi de 1838, relatifs aux admissions et aux sorties, ce qui le conduit à nous donner un précieux article de médecine légale sur *l'isolement et l'interdiction des aliénés*, que les abonnés des *Annales* ont pu lire dans le cahier de janvier 1848. Vient ensuite l'exposé d'un bulletin médical destiné à recueillir tout ce qui se rattache aux antécédents des malades ; il serait vivement à désirer que, pour des placements d'office, une pièce de cette nature pût toujours faire partie du dossier de l'aliéné ; le médecin y puiserait les renseignements propres à l'éclairer sur la

cause, l'état et le pronostic de la maladie qu'il doit traiter, ce qui lui manque le plus souvent : car on sait que nos confrères non spécialistes croient avoir fait un certificat suffisant, quand ils ont assuré que tel malade était ou n'était pas atteint d'aliénation mentale.

Le tarif des pensions, le prix des journées, ne doivent être pour un administrateur que la représentation exacte de la somme nécessaire au *bien-être* des malades ; mais, par ce mot, il faut entendre tout ce qui, de près ou de loin, se rattache aux besoins de la science : pas de réduction possible dans le prix de journée tant que ce but n'est pas atteint. Plus d'une fois, dans les divers asiles que nous avons parcourus, nous avons entendu vanter l'habileté de l'administration, parce qu'en peu d'années elle avait su réaliser de grandes économies, et cependant nous constatons que les malades étaient nourris d'une manière insuffisante, qu'ils étaient souvent misérablement vêtus, que le mobilier de l'asile était incomplet, que la lingerie était peu fournie, que les bâtiments laissaient beaucoup à désirer au point de vue de l'hygiène : et l'on nous vantait ce genre d'administration ! On oubliait que, plus apparente que réelle, une semblable économie était toujours la source des plus graves embarras. On sait, en effet, que l'autorité supérieure ne peut pas toujours s'immiscer dans tous les détails de l'administration ; par la multiplicité de ses attributions, elle ne peut voir souvent les choses que de haut et de loin, et dans ce cas, croyant à la prospérité réelle de l'asile, elle s'empressera de réduire le prix de journée, d'où il résultera nécessairement que de longtemps les besoins des malades ne seront pas satisfaits, ou bien que, pour les satisfaire, on sera forcé de demander au conseil général des allocations importantes, ce qui constituera une atteinte portée à l'indépendance de l'existence de l'asile. Administrer de la sorte, c'est méconnaître les intérêts des aliénés, c'est éluder les obligations de l'administrateur. Sans contredit, il faut être sobre, parcimonieux des deniers du pauvre, c'est-à-dire qu'il ne faut pas les prodiguer en dépenses inutiles, il ne faut rien faire qui ne puisse servir aux malades ; mais quand il s'agit de la satisfaction de ses besoins, la parcimonie n'est pas seulement de l'avarice, c'est d'une mauvaise administration, c'est de l'incapacité en matière administrative ; à moins qu'un intérêt privé, qu'un calcul d'égoïsme personnel n'ait présidé à cette manière d'agir, auquel cas elle mérite une tout autre dénomination.

Ce sont ces pensées, les seules vraiment philanthropiques, qui ont toujours animé notre bien honorable et ancien maître, lorsqu'il a courageusement et continuellement défendu le maintien du prix

de journée au tarif primitivement adopté. Que de lances il a fallu rompre, que d'obstacles il a fallu surmonter ! mais le temps s'est chargé de justifier ses prévisions, et pendant plusieurs années de lutttes incessantes, au milieu de l'opposition la plus vive, la plus inintelligente, dans laquelle se traduisaient les plus mauvaises passions, on finit par laisser de côté ce prix de journée qui, dans le principe, avait formé le levier le plus puissant à l'aide duquel on exploitait la crédulité publique.

Nous regrettons que les limites assignées à cette analyse ne nous permettent pas de nous étendre davantage sur le travail de M. Renaudin ; nous aurions montré, par les détails de son budget des recettes, toute la largeur de ses prévisions, la profondeur de ses connaissances administratives et les ressources variées qu'offre sa vaste intelligence. Dans son budget des dépenses, et les observations générales qui l'accompagnent, nous aurions vu ressortir à chaque pas sa préoccupation constante pour les intérêts de ses malades ; nous aurions admiré ces preuves de dévouement sans bornes qu'il a toujours mis dans l'accomplissement de ses fonctions. Puis, saisissant l'occasion qui nous est offerte, nous aurions voulu faire partager à nos lecteurs cette haute estime, cette vénération profonde que son irréprochable conduite et son noble caractère nous ont toujours inspirés ; nous aurions dit l'intégrité de ses vues, la probité scrupuleuse qui a constamment dirigé tous ses actes ; et puisque aussi bien l'homme le plus vertueux n'est point à l'abri ni de la calomnie ni de la médisance, nous aurions protesté de toutes nos forces contre les imputations dont il a été l'objet, déclarant fausses, mensongères et calomnieuses en tous points les assertions par lesquelles on essayait tout récemment de ternir la réputation de ce digne fonctionnaire, dont la vie présente toujours la réunion la plus complète de toutes les vertus publiques et privées. Voilà ce que nous aurions dit, ce que nous disons et proclamons bien haut, nous qui, pendant quatre années, fûmes témoin de toutes ses actions, le confidant de toutes ses pensées ; nous qui nous enorgueillerons toujours d'avoir été son élève, comme nous sommes encore fier et heureux d'être devenu son ami.

D^r SAUVET,

Ancien interne de l'asile de Fains.

TITRE

TRAITÉ

DE LA

PARALYSIE GÉNÉRALE CHRONIQUE,

CONSIDÉRÉE SPÉCIALEMENT CHEZ LES ALIÉNÉS,

Par M. HUBERT RODRIGUES,

Professeur agrégé de la Faculté de Montpellier, etc.

Anvers, 1817. 1 vol. in-8 de 250 pag.

L'ouvrage de M. Hubert Rodrigues comprend deux parties : la première, la plus considérable, renferme une trentaine d'observations, la plupart empruntées aux auteurs, et dont quelques unes seulement lui appartiennent ; dans la seconde partie, ce médecin donne une description succincte de la paralysie générale chronique. L'auteur a suivi en cela la marche tracée par ses devanciers, et surtout par MM. Bayle et Calmeil. En quoi son travail diffère-t-il de ceux de ces observateurs ?

Nous ferons tout d'abord à M. Hubert Rodrigues une simple question. En écrivant son *Traité de la paralysie générale* a-t-il eu l'intention de faire une monographie, comme semble l'indiquer le titre qu'il lui a donné, ou bien a-t-il voulu tout simplement apporter à l'histoire de la paralysie générale son contingent d'observations et d'aperçus théoriques ? En admettant la première hypothèse, M. Hubert Rodrigues nous permettra de lui faire observer que M. Bayle, et après lui MM. Calmeil et Baillarger, ont rendu cette tâche bien difficile ; et nous sommes forcé de l'avouer, s'il a surmonté quelques difficultés de son entreprise, M. Rodrigues est sous certains rapports resté au-dessous de plusieurs de ses devanciers. Mais si l'ouvrage que nous avons sous les yeux ne peut être considéré comme une monographie complète de la paralysie générale, il n'en renferme pas moins quelques bonnes observations inédites et des aperçus ingénieux, dont nous ne pourrions donner ici qu'une idée fort incomplète, et que les aliénistes liront avec intérêt. L. L.

DE L'AMÉLIORATION DU SORT DE L'HOMME ALIÉNÉ

CONSIDÉRÉ COMME INDIVIDUALITÉ SOCIALE,

Par M. E.-J. WOILLEZ,

Médecin de l'asile des aliénés de Clermont (Oise), inspecteur du travail des enfants
dans les manufactures, etc.

Paris, 1849. Victor Masson, place de l'École-de-Médecine, 1.

Différent en cela des malades ordinaires, l'aliéné n'est point seulement une *unité pathologique*, il doit être envisagé également comme *individualité sociale*; privé de son libre arbitre et de sa volonté, ses actes peuvent être nuisibles à la société aussi bien qu'à lui-même, et, d'un autre côté, ses droits et ses devoirs civiques se trouvent nécessairement modifiés ou annihilés. L'aliéné n'a donc pas seulement besoin des soins du médecin, il réclame en même temps l'attention du législateur. Quelle a été jusqu'ici et quelle devrait être la part d'action du médecin et du législateur dans l'accomplissement de l'importante mission qui leur a été dévolue? Telle est la question que M. Woillez examine longuement dans le livre que nous avons sous les yeux.

L'aliéné se présente dans l'ordre social sous trois conditions d'état. On le trouve : 1° en *liberté*; 2° en état de *séquestration*; 3° en état de *libération*, après cette séquestration. Dans ces trois conditions, l'aliéné peut être envisagé en lui-même, dans ses rapports avec la famille, et enfin dans ses rapports avec la société. Ce vaste cadre, tracé par l'auteur, embrasse toutes les questions que soulève l'étude approfondie de l'homme aliéné sous quelque point de vue qu'on l'envisage. M. Woillez a-t-il rempli ce cadre aussi complètement qu'on eût pu le désirer? La nature des questions discutées par l'auteur rend à cet égard toute appréciation fort difficile. Nous devons dire cependant que, pour la première partie de l'opuscule de M. Woillez, nous aurions désiré plus de développement et surtout plus de cette originalité que nous avons été heureux de trouver dans la seconde partie. Assez d'autres ont marché dans les sentiers battus pour que la génération actuelle secoue la poussière qui recouvre les règlements surannés qui, aujourd'hui encore, font autorité en pareille matière, et prenne l'initiative des réformes ur-

gentes que réclame la jurisprudence relative aux affections mentales? Sans donc porter une appréciation hasardée sur les modifications que M. Woillez propose d'apporter au mode actuel de placement et de transport des aliénés, sur son nouveau système d'asiles pour ces infortunés, et sur les mille réformes dont il essaie de démontrer l'urgence, nous le félicitons hautement de ses louables efforts et de ses idées généreuses. La cause des aliénés peut le compter désormais parmi ses plus ardents et ses plus habiles défenseurs.

L. L.

CONSIDÉRATIONS SUR LE DÉLIRE,

Par M. J.-J. SAUVET.

Ancien interne de l'hospice de Bicêtre et de l'asile public d'aliénés de Fains (Meuse).

Thèse, Paris, avril 1849.

Le délire qui accompagne les maladies, ou qui leur est consécutif, est-il le même que celui de la folie? En d'autres termes, le délire est-il toujours un accès, même passager, d'aliénation mentale? Telle est la question difficile et délicate que M. Sauvet a essayé de résoudre dans sa dissertation inaugurale, et à laquelle il répond par l'affirmative.

Nous ferons tout d'abord à M. Sauvet le reproche qu'il s'est sans doute adressé lui-même, de n'avoir fait qu'effleurer le sujet important qu'il avait entrepris, et de n'avoir point traité cette question aussi largement et aussi complètement qu'il eût pu le faire. Mieux eût valu peut-être s'abstenir que de compromettre par trop de précipitation une cause aussi bonne que celle dont il s'est fait le défenseur. Mais cette thèse n'est qu'une ébauche; l'auteur nous promet un travail sur le délire beaucoup plus étendu et plus complet. Les idées qu'il a émises dans sa thèse inaugurale, aussi bien que ses travaux antérieurs, nous sont un sûr garant que M. Sauvet prendra brillamment sa revanche.

L. L.

Répertoire d'observations inédites.

MONOMANIE. — EXTENSION GRADUELLE DU DÉLIRE — DÉMENCE CONSÉCUTIVE.

Michel X... est âgé d'environ cinquante et un ans; son admission a eu lieu pour la première fois à l'asile de Fains le 4 décembre 1844, sur la demande du procureur du roi de Saint-M... et en vertu d'un arrêté du préfet de la Meuse. Voici ce que constate à son entrée le rapport fait sur lui par le médecin directeur de l'asile. —

X... est atteint de monomanie; une idée dominante préoccupe son esprit, le délire est complet de ce côté, son intelligence restant d'ailleurs intacte sur tout le reste. Chicanier et opiniâtre de caractère, il avait eu avec un de ses voisins une contestation relative à une servitude; de là procès qui a duré quatre ans, et qui l'a ruiné, tant à cause des frais qui ont été naturellement occasionnés, que par suite de cette conduite bizarre et excentrique qu'il a tenue dans cette affaire. Il faut ajouter en outre que X... s'est trouvé sous l'influence de mauvais conseils, qu'une vive irritabilité lui a fait accueillir trop facilement. De là sans doute le point de départ d'une aliénation mentale, dont les premiers symptômes ont paru se manifester à la suite du jugement qui l'a déboute de ses prétentions. Les démêlés judiciaires, ajoute le même rapport, sont la seule chose qui occupe X...; là-dessus se concentre son attention, c'est le pivot de ses erreurs de perceptions et de jugements. La propriété contestée est un fait démontré pour lui; le jugement qui l'a déboute, les poursuites qui l'ont suivi sont pour lui des injustices criantes; de là les violences auxquelles il s'est livré pour défendre

son bien. Il sollicite l'autorisation de plaider contre sa commune, il prétend même que le préfet lui a permis de tuer ceux qui porteraient atteinte à sa propriété. Il parle sans cesse, et toujours, de la validité de son titre; il donne tort aux juges, les outrage; il croit qu'il a été dans son droit quand il a voulu s'opposer par la force à l'exécution du jugement; la lecture inintelligente du Code lui a tourné la tête. »

La situation de ce malade est trop bien décrite, elle est indiquée trop clairement pour que nous n'ayons pas cru devoir la passer sous silence. Elle s'est maintenue à peu près la même, sans aucune amélioration jusqu'au 2 octobre 1845, époque à laquelle la sortie de X... lui a été accordée sur la demande de son frère, et en exécution d'un arrêté du préfet de la Meuse, ordonnant sa mise en liberté. C'était là certainement une mesure imprudente; loin de profiter à notre malade, elle ne pouvait manquer de lui être préjudiciable, et l'on devait facilement prévoir que l'aliénation ne tarderait pas à s'aggraver en présence de ces mêmes conditions qui en avaient été le point de départ. En effet, dix-huit mois ne s'étaient pas écoulés que sa réadmission à l'asile de Fains était de nouveau sollicitée par une demande du juge de paix de G..., et du procureur du roi de Saint-M... La gendarmerie le ramène donc pour la seconde fois le 7 avril 1847.

Le rapport fait à cette époque par le médecin directeur constate que le délire de Michel X... a pris un accroissement considérable, et qu'il est maintenant dans la persuasion qu'une ligue s'est formée contre lui pour le

perdre et confisquer ses biens; juges, magistrats, gouvernement, tous y prennent part à l'envi. La maladie est en même temps déclarée incurable.

La situation mentale de Michel X., telle qu'elle se présente à nous en ce moment, est assez grave pour enlever tout espoir de la voir s'améliorer, et sa sortie accordée une première fois, non sans quelque inconvénient, nous semblerait aujourd'hui offrir des dangers sérieux aussi bien dans l'intérêt du malade que dans celui de la sécurité publique. Le délire partiel qui avait été signalé a pris un un accroissement assez considérable, et il est facile d'observer une certaine incohérence dans les écrits comme dans les paroles de X.. L'intelligence, à force d'être tendue par les mêmes idées, d'être toujours l'objet de la même préoccupation, a fini, elle aussi, par diminuer et s'affaiblir; elle s'est en quelque sorte usée au contact d'une seule et unique préoccupation. Il devient en effet difficile de sortir ce malade de ses pensées habituelles et de fixer son attention sur quoi que ce soit; il saisit avec peine les questions qu'on lui adresse, même sous la forme la plus simple. Cet affaiblissement notable se remarque aussi bien dans la faculté de la mémoire: il ne se souvient guère que des circonstances qui ont fait sur son esprit une si forte impression lors de ses démêlés judiciaires, et en fait de dates, il ne se rappelle que celles qui touchent à ses nombreux procès; une conversation d'ailleurs avec lui est plus que difficile, elle est impossible, il vous ramène à chaque instant et sans transition à l'explication de ses affaires.

Il écrit beaucoup et toujours pour discuter ses droits, et démontrer la validité de ses titres. Ainsi, par exemple, dans une de ses lettres, il s'exprime de cette manière: « *On voit* » par acte que l'argent est un Dieu sur

la terre, qui fait aller l'homme en girouette, et les autres à la civière de la table; on en voit de forts à cette religion. Quand ils sont en place, ils croient être des dieux, mais se trompent dans leurs desseins, et quand ils meurent, ils sont de la ronde pesante; ils crient au bon vinaigre, mais il n'est plus temps, et font avec le sac en core. On a imposé un hamme interdit pour me voler de mes traits, et il n'est pas capable de donner un bouillon à un lapin; ce sont les habitants de la commune qui l'ont protégé, etc. »

Les raisons qu'il donne pour appuyer les idées dans lesquelles il se complait ne sont pas toujours dépourvues de justesse, quoiqu'il lui soit impossible le plus souvent de répondre à ce qu'on lui objecte, et cela parce qu'il ne comprend que rarement les observations qui lui sont faites à ce sujet. Il part de ce principe, qu'on ne saurait lui contester la valeur de ses droits et de ses titres, et que par conséquent il ne doit cesser de poursuivre avec le même acharnement les personnes contre lesquelles il plaide depuis plusieurs années. Il est donc décidé à plaider quand même, et si les tribunaux ne lui donnent pas raison, il saura bien lui-même se faire justice. On voit par là combien de telles dispositions chez un aliéné peuvent offrir de dangers pour la société.

« *Démontrez-moi*, écrit-il au préfet, *démontrez-moi la loi que X... doit payer des allégations, des faussetés, des mensonges; démontrez-moi la loi que je dois faire un sacrifice de mon terrain à mes voisins pour leur aisance et dépendances, et que je ne puis pas me défendre.* Michel X... ne consentira pas que le titre de son père soit cassé, et je le soutiendrai jusqu'à mon décès. »

Il est enfin fermement résolu à poursuivre ses adversaires en dommages et intérêts, et à faire condamner par la loi à 4,000 fr., un sieur B.,

avec lequel il a eu une contestation et cela, nous dit-il, pour la peine qu'il s'est opiniâtré dans ses procès. Il a maintenant pour ennemis à peu près tous ceux qui ont eu quelque rapport avec lui. « Tous, écrit-il dans une autre de ses lettres, se sont ligués contre moi ; mais les défenseurs de M. M... sont fous, ainsi que ceux qui ont jugé : je déclare qu'ils sont de la bande noire, et le nouveau préfet est déjà compromis dans mes actes. »

Cette observation est surtout intéressante en ce qu'elle montre comment le délire, d'abord très limité, a pris, après la sortie de X..., et par suite de nouvelles causes d'excitation, une extension plus considérable. Nous ferons remarquer également le commencement de la démence qui devient évidente dans les lettres écrites par le malade.

D^r H. DAGONET.

MONOMANIE AMBITIEUSE CONSÉCUTIVE
À UNE FIÈVRE TYPHOÏDE.

Anna est fille de pauvres vignerons. Elle se fit remarquer dès son bas âge par un désir immodéré des richesses ; vers l'âge de dix-sept ans, elle se rendit à Paris, pour se placer en condition, espérant ainsi parvenir plus rapidement aux grandeurs. Mais bientôt les désillusions arrivent, les besoins se font sentir, et Anna est atteinte d'une fièvre typhoïde ; on la transporte à la Pitié. Dans le déclin de la maladie, le délire se manifeste ; elle est envoyée à la Salpêtrière le 25 mai 1844 ; elle y reste jusqu'au commencement de septembre, époque à laquelle l'ordre de sa translation dans son département la fit conduire dans l'asile de Fains, où elle arriva le 4 septembre. Sa démarche est fière et arrogante, une expression indolable de mépris est répandue sur toute sa physionomie ; si elle parle, c'est, comme on dit vulgairement, du bout

des lèvres. Sa santé physique est bonne, elle est parfaitement remise de sa fièvre typhoïde, et si l'on n'était pas prévenu par les apparences que nous venons de signaler, on la croirait raisonnable en tous points ; mais qu'on lui parle de sa position, de sa naissance, aussitôt elle assure que ses parents sont fort riches, qu'elle a de puissantes protections à la cour. Aussi nous prend-elle, l'honorable chef du service et moi, pour des princes russes, ou tout au moins des médecins envoyés tout exprès par le roi pour venir la soigner. Du reste, Anna est fort intelligente et laborieuse.

D^r J. SAUVET.

MANIE CONSÉCUTIVE À UNE HYPER-
TROPHIE DU CŒUR.

Étienne, jeune soldat et ancien cordonnier, éprouve depuis quatre ans des palpitations de cœur. Il y a deux ans, dans une ville du Midi où il tenait garnison, ses palpitations augmentent tout à coup ; le soir du même jour, éclate un délire avec fureur. Il est transporté à l'hôpital de Nîmes, où on lui pratique une abondante saignée du bras droit ; le soir la fureur était passée, mais le délire existait encore. Le lendemain matin, Étienne avait recouvré la raison, et toute trace de délire avait disparu. En novembre 1844, il vient à Bar en congé. A la suite de copieuses libations, les palpitations deviennent plus fortes, et, dans la même nuit, le délire se manifeste de nouveau ; il est furieux, casse et brise ce qui tombe sous sa main. On le transporte dans l'asile ; une première saignée générale calme son délire, qui disparaît entièrement le lendemain, après une application de dix sangsues sur la région du cœur.

D^r J. SAUVET.

VARIÉTÉS.

MM. les docteurs TRÉLAT, BAILLARGER et MITIVIÉ, médecins des aliénées de la Salpêtrière, viennent d'être nommés chevaliers de l'ordre de la Légion d'honneur.

— Nous annonçons avec regret la mort d'un de nos plus anciens collaborateurs, M. le docteur Alex. BOTTEK, chevalier de la Légion d'honneur, médecin en chef de l'asile d'aliénés de l'Antiquaille de Lyon, membre de l'Académie de cette ville, et auteur de plusieurs travaux sur l'aliénation mentale. Notre confrère a succombé à une pneumonie chronique contractée il y a deux ans environ. M. Bottek était âgé de cinquante-cinq ans.

— *Obsèques de Berlié et de Londe.*—Nous avons annoncé, dans notre dernier numéro, la mort de deux des internes attachés au service des aliénées de la Salpêtrière, qui ont succombé à l'épidémie à quelques jours de distance. L'administration, représentée par le directeur et quelques employés supérieurs, la plupart des médecins de l'établissement et presque tous les internes des hôpitaux de Paris, ont voulu donner un dernier témoignage d'estime et de regret à ces courageux jeunes gens, morts dans l'accomplissement de leur devoir.

L'un des internes de la Salpêtrière, M. Labat, au nom de ses camarades, a prononcé sur la tombe de Berlié, une allocution dont voici quelques passages :

« Messieurs,

« Ai-je trop compté sur mes forces pour accomplir la pénible tâche qui m'a été confiée ! Je le crains en vérité, et je ne l'aurais jamais entreprise sans les instances de quelques personnes, sans le désir de rendre un dernier devoir à notre excellent collègue et ami Alfred Berlié, interne à la Salpêtrière.

« Vous le savez tous, messieurs, surtout ceux d'entre vous qui avez eu le bonheur de le connaître, vous savez qu'il était jeune, plein de vigueur et d'avenir quand la mort l'a frappé.

« Elevé à Paris, il s'était déjà fait remarquer par ses succès aux concours des collèges ; plus tard, après quatre années de médecine, il est arrivé à l'internat dès son premier concours et dans un très beau rang. En quelques mois, ses collègues avaient appris à le connaître, à l'aimer et à le distinguer. Il nous était cher et agréable par sa gaieté, son savoir-vivre, ses allures franches, son heuseuse mémoire venant si bien au secours de la nôtre dans nos causeries, enfin par son esprit aussi cultivé qu'étendu, aussi vif qu'ingénieux. Je ne saurais assez dire combien il était sociable, obligeant et bon ; combien il avait un doux sourire quand il

pressait la main d'un ami. A toutes ces qualités de l'esprit et du cœur, il joignait encore une belle nature physique, un corps sain, une constitution robuste.

En un mot, la Providence avait beaucoup fait pour lui, et nous l'avions déjà dit souvent, s'il y avait parmi nous un jeune homme d'avenir, c'était lui. Cependant cette existence a été brisée en quelques heures, si vite que sa mort est encore pour nous comme un rêve pénible.

Déjà depuis deux jours il avait éprouvé l'influence épidémique, mais il en parlait à peine et continuait son service. Il a même fait sa nuit de garde la veille de sa mort. Le matin, il est pris de vomissements, bientôt sa figure s'altère, mais pas encore assez pour faire naître de sérieuses inquiétudes. Un faux semblant de réaction nous donne un moment d'espoir. Mais à midi les accidents s'aggravent, la respiration devient anxieuse, à trois heures tout était fini.

Comme la plupart des cholériques, il s'est vu mourir. Trop instruit par une cruelle expérience, il a pu compter les heures, les minutes qui lui restaient à vivre, et ce temps si court a dû lui paraître bien long, torturé qu'il était par les plus atroces douleurs.

Son attitude a toujours été calme, aussi courageux à son lit de mort qu'auprès de ses malades, il a vu froidement et nettement sa situation; il l'a toujours appréciée aussi bien que nous-mêmes et ne s'est jamais bercé de la moindre illusion. Ses dernières paroles ont été empreintes d'une philosophie pleine d'amertume; ses dernières pensées se sont adressées à sa mère, qu'il a pu voir et reconnaître avant de mourir. Il a expiré entre nos bras, assisté de M. Trousseau, son médecin et ami, et de M. Bailhargis, son chef de service, qui lui ont prodigué les soins les plus affectueux.

Les obsèques de Londe eurent lieu quelques jours après celles de son collègue et ami, Berlié. Voici l'allocution que prononça sur sa tombe M. Axenfeld, l'un de ses collègues :

« Mes camarades, mes amis,

Il y a quelques jours à peine, une grande et commune douleur nous a réunis autour d'une tombe chérie, celle d'un collègue mort du choléra dans la fleur de l'âge et dans la plénitude d'une vie qui devenait précieuse pour l'humanité. Mais l'ennemi terrible qui décime notre petite phalange désarmée nous laisse à peine le temps d'enterrer nos morts et de les pleurer. Une nouvelle douleur nous était réservée, nous avons vu à nos côtés tomber une nouvelle victime, un autre ami, Charles Londe, interne à la Salpêtrière.

Averti depuis plus d'une semaine par des prodromes, en apparence légers, de l'imminence de la maladie, notre infortuné camarade avait quitté le séjour de la Salpêtrière et s'était réfugié au sein de sa famille. Mais il était de ceux qui ne désertent pas leur poste et qui tiennent à

honneur de remplir leur devoir, surtout quand ce devoir est un danger: la veille de sa mort il faisait encore son service.

Malheureusement il n'accorda peut-être pas aux phénomènes qu'il éprouvait toute leur importance, et il les combattait par des moyens insuffisants. Joignez à cela que, lors de la mort de son collègue dont il portait avec nous le cercueil, son cœur aimant et ouvert à toutes les émotions se fit la part grande dans la terreur douloureuse qui nous a tous frappés. Depuis ce jour-là son état alla en s'aggravant; et le 17^e mai, à huit heures du matin, la maladie éclata pour ne se terminer qu'avec la vie, le 18, à deux heures du matin.

J'essayerais en vain de vous dire ce que le fléau, dans ce court espace de temps, a accumulé de douleurs et d'angoisses pour le malade et pour ceux qui l'assistaient, parents, médecins et amis; de vous dire ce qu'il y avait de déchirant à voir ce beau corps dans lequel la nature avait mis des trésors de vie et de forces, se flétrir en quelques heures; ces beaux traits qui respiraient une grâce si juvénile, contracter l'aspect affreux que vous connaissez pour n'avoir jamais pu le voir sans une secrète terreur. Qui pourrait peindre surtout le moment indicible où, par un effort suprême, prodigieux — mais inutile — cette organisation de fer semblait vouloir s'arracher aux étreintes de la mort! Dans la lutte inégale, cette résistance vaine ne fit que prolonger l'agonie au prix de cruelles souffrances. Mais, mes amis, vous le savez, la nature console encore là où elle ne sait plus guérir: du moins dans ses dernières heures le délire enleva à l'infortuné la conscience de son état; du moins il mourut sans se voir mourir.

Messieurs, c'est un saint et bel usage; lorsque nous rendons à la terre le corps d'un ami, que de rappeler à notre mémoire ses qualités, ses vertus et tout ce qui nous le rendait cher; de mêler ainsi le regret au souvenir, et de les vivifier l'un par l'autre. Mais cette tâche je ne saurais l'accomplir dans toute son étendue: qu'il me suffise de dire que notre ami était bon, affectueux, sincère et surtout dévoué; qu'il était chéri de ses parents et de cette autre famille que ses qualités lui ont créée parmi ses camarades; qu'à des dispositions heureuses de l'intelligence il joignait une grande aptitude au travail; et qu'enfin il est mort sur la brèche, comme meurent les braves, mort à vingt-cinq ans, dans l'âge des travailleurs et des chercheurs, où le temps ne compte que dans l'avenir.

Les dépouilles mortelles de ces deux infortunées victimes ont été déposées l'une près de l'autre au cimetière du Mont-Parnasse. Le conseil municipal, sur la demande de M. Thierry, a accordé pour leurs corps une concession de terrain à perpétuité. Londe et Berfio ont quitté ce monde accompagnés des regrets sincères de leur famille, de leurs camarades et de leurs maîtres: un tel hommage était bien dû à leur dévouement et à leur courage!

— Nous devons à l'obligeance de M. le docteur Pliny Earle les documents suivants sur les établissements d'aliénés des Etats-Unis de l'Amérique du Nord :

1° *Asiles fondés et administrés par le gouvernement de chaque Etat.*

Asiles.	Villes.	Etats.	Directeurs et médecins en chef.
Insane hospital.	Augusta.	Maine.	Dr J. Bates.
Insane asylum.	Concord.	New-Hampshire.	Dr Mac Farland.
Asylum for the insane.	Brattleboro.	Vermont.	Dr H. Rockwell.
Lunatic hospital.	Worcester.	Massachusetts.	Dr G. Chandler.
Lunatic asylum.	Utica.	New-York.	Dr A. Brigham.
Lunatic hospital.	Trenton.	New-Jersey.	Dr Battolph.
Maryland hospital.	Baltimore.	Maryland.	Dr J. Fonerden.
Western asylum.	Staunton.	Virginia.	Dr Fr. Stribling.
Eastern asylum.	Williamsburg.	Virginia.	Dr J. Galt.
Asylum for the insane.	Columbia.	South-Carolina.	Dr W. Parker.
Asylum for the insane.	Milledgeville.	Georgia.	Dr Green.
Lunatic hospital.	Columbus.	Ohio.	Dr W. Awi.
Lunatic asylum.	Lexington.	Kentucky.	Dr John Allen (?)
Lunatic asylum.	Nashville.	Tennessee.	Dr Mac Naira.
Lunatic hospital.	Indianapolis.	Indiana.	Dr Patterson.

On a commencé la construction d'établissements semblables dans les Etats de Pennsylvania, d'Illinois, de Missouri et de Mississippi.

2° *Asiles appartenant à des Sociétés de bienfaisance.*

Asiles.	Villes.	Etats.	Directeurs et médecins en chef.
Mac Lean asylum.	Somerville.	Massachusetts.	Dr Bell.
Butler hospital.	Providence.	Rhode-Island.	Dr Ray.
Retreat for the insane.	Hartford.	Connecticut.	Dr Butler.
Bloomingsdale asylum.	New-York.	New-York.	Dr Nichols (†).
Pennsylvania hospital for the insane.	Near Philadelphia.	Pennsylvania.	Dr Kirklaride.
Frankford asylum.	Frankford.	Pennsylvania.	Dr
Mac Hope hospital.	Baltimore.	Maryland.	Dr Stokes.

3° *Établissements de villes pour les pauvres.*

Boston lunatic hospital.	South-Boston.	Massachusetts.	Dr Stedman.
Lunatic asylum.	New-York.	New-York.	Dr Ranney.

4° *Établissements privés.*

Hudson lunatic asylum.	Hudson.	New-York.	Dr Whitt.
Sanford Hall.	Flushing.	New-York.	Dr Mac Donaki.
	Peperell.	Massachusetts.	Dr
	Chicago.	Indiana.	Dr

Les médecins des asiles d'Etats sont, presque sans exception, à la fois directeurs et médecins en chef. Il en est de même pour quelques uns des médecins des établissements appartenant à des Sociétés de bienfaisance.

(†) M. Pliny Earle, qui avait été nommé médecin de cet asile le 4^{er} avril 1844, a été remplacé par M. Nichols le 4^{er} avril 1849.

— Nous avons appris avec satisfaction par M. Aubanel que l'accusé Moulinard, à l'occasion duquel ce médecin a publié récemment dans ce journal un excellent mémoire médico-légal, a été reconnu fou au bagne, et a été placé d'office dans l'asile d'aliénés d'Aix, où le département du Var fait traiter ses malades. Notre confrère nous promet à cette occasion une note supplémentaire que nous publierons dans le prochain numéro.

— *Sociétés de tempérance.* — Un journal anglais garantit l'exactitude des documents statistiques suivants relatifs aux Sociétés de tempérance :

L'Angleterre, l'Irlande et l'Ecosse comptent actuellement 850 Sociétés de tempérance, ayant 1,640,000 membres adhérents.

Dans l'Amérique du Sud, 70,000 personnes portent les médailles de tempérance.

En Allemagne, sans compter la Prusse et l'Autriche, où, non plus qu'en Italie, il n'y a pas de Sociétés de tempérance, le nombre de ces dernières monte à 1,500, et celui des adhérents à 1,300,000.

La Suède et la Norvège possèdent 510 Sociétés de tempérance; 120,000 personnes en font partie.

Dans les îles Sandwich, 5,000 personnes se sont vouées à l'abstinence; il y en a 900 au cap de Bonne-Espérance.

Dans les États-Unis, il existe 3,712 Sociétés de tempérance, ayant 2,615,000 membres, parmi lesquels on distingue une secte particulière appelée *les fils de l'abstinence*.

En Russie, l'empereur a défendu la création de ces Sociétés. En France, quoique le principe de l'abstinence soit encore très nouveau, il commence pourtant à y germer.

La plus ancienne des Sociétés de tempérance a été fondée en Allemagne, et remonte à la fête de Noël de l'an 1600.

— Les lois contre l'ivresse sont très sévères en Suède : pour la première fois, on est condamné à une amende de 3 dollars; pour la seconde, à 6 dollars, et ainsi de suite. A la cinquième fois, on est renfermé dans une maison de correction, et condamné à six mois d'un travail forcé. Un ecclésiastique qui commet une pareille faute perd son bénéfice; un laïque occupant une place importante est suspendu de ses fonctions et même destitué. L'ivresse n'est jamais acceptée comme une excuse pour un délit quelconque; un homme mort ivre n'est pas enterré dans le cimetière.

— On écrit de Bordeaux, le 4 septembre : « M. Levillain, médecin de l'hospice des aliénés à Cadillac, a failli être hier victime de la dangereuse démence de l'un de ses plus difficiles clients. Au moment où il parcourait les salles de cet établissement, il a été inopinément frappé par derrière d'un coup de poignard. On s'est empressé aussitôt de lui porter secours, et la blessure, qu'on avait d'abord crue très dangereuse, n'offre heureusement plus à cette heure un caractère alarmant. L'homme qui l'a frappé est un de ces fous dangereux poursuivis sans cesse par l'idée qu'on vient les attaquer ou leur tendre des pièges. Celui-ci s'ima-

gine que toutes les personnes qui l'abordent n'ont d'autre intention que de l'empoisonner. »

Tous les jours, les médecins d'aliénés sont exposés à de pareils dangers ; il ne se passe guère d'année où n'arrivent de pareils accidents.

Suicides. — Les suicides en Angleterre ont eu lieu depuis dix ans dans la proportion de 83 en 1838; 96 en 1839; 102 en 1840; 139 en 1841; 134 en 1842; 112 en 1843; 145 en 1844; 144 en 1845; 162 en 1846; 182 en 1847, et 100 en 1848.

CORRESPONDANCE.

Au directeur de *the American journal of insanity*. — Votre journal nous est parvenu jusqu'ici fort irrégulièrement; nous n'avons même reçu aucun numéro depuis deux ans. Il nous manque les numéros suivants : vol. I, nos 1, 2 et 3; vol. II, nos 3 et 4; vol. III, n° 3; vol. IV, nos 2, 3 et 4; nous n'avons aucune livraison des volumes suivants.

— A M. le docteur LÉQUIME, à Bruxelles. — Il nous manque les livraisons suivantes des *Archives de la médecine belge* : avril, octobre, novembre et décembre 1848, et tout 1849.

— A M. le docteur WINSLOW, directeur de *the Journal of psychological medicine and mental pathology*. — Nous n'avons reçu ni le dernier numéro de 1848, ni aucun de ceux de 1849.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES,
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS.

Pathologie.
MALADIES MENTALES.

DE L'INFLUENCE
DE L'ÉRYSIPELE DE LA FACE
ET DU CUIR CHEVELU

SUR LA PRODUCTION DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE,

PAR

M. BAILLARGER,

Médecin de la Salpêtrière, membre de l'Académie de médecine.

S'il est désormais un fait bien démontré dans l'histoire de la paralysie générale, c'est assurément l'influence des congestions cérébrales sur la production de cette maladie. Aussi, en étudiant avec soin l'étiologie, s'aperçoit-on que presque toutes les causes ont agi en provoquant des congestions cérébrales : telles sont, au premier rang, les suppressions d'écoulements sanguins, les

excès de boisson, les excès vénériens, les commotions morales chez les sujets d'un tempérament pléthorique, l'épilepsie, etc. Parmi les causes qui peuvent ainsi provoquer un grand afflux de sang au cerveau, il en est une qui a été passée sous silence ou à peine mentionnée, et qui, quoique moins fréquente que celles que nous venons de citer, n'en mérite pas moins une certaine attention : je veux parler de l'érysipèle de la face et du cuir chevelu.

Je citerai les trois observations suivantes dans le but d'appeler l'attention sur ce point qui peut avoir quelque intérêt pratique.

OBSERVATION PREMIÈRE.

Cinq érysipèles de la face en trois années. — Paralyse générale. Mort.
— Autopsie.

La femme R..., âgée de trente-six ans, a été conduite à la Salpêtrière le 20 février 1847. Voici les renseignements que j'obtiens de son mari :

Il y a près de dix ans qu'il s'est aperçu d'un changement dans le caractère et les habitudes de sa femme, qui devenait lente et apathique ; elle se plaignait que le sang la gênait et lui portait à la tête. Depuis trois ans elle a eu cinq érysipèles de la face à des intervalles irréguliers, et il y a quinze mois qu'on a constaté un commencement d'affaiblissement de la mémoire ; en même temps on remarque chez elle une envie de briller, des goûts de toilette qu'elle n'avait pas auparavant ; puis elle vole çà et là des objets de peu de valeur et fait des excès de boisson ; enfin, il y a trois mois, on commence à remarquer de l'embarras dans la prononciation.

Au moment de l'entrée à la Salpêtrière, je notai les symptômes suivants :

R... est calme, un peu abattue ; elle passe ses journées à la même place, dans une sorte d'inertie et d'engourdissement. Sa physionomie offre déjà l'empreinte de la démence ; les réponses

sont courtes, lentes; les idées rares, la mémoire très affaiblie. R... ne peut indiquer ni le mois ni même l'année, elle se trompe sur les faits les plus simples; elle ne paraît d'ailleurs pas avoir d'idées de grandeurs. L'embarras de la parole est peu prononcé, mais il ne saurait cependant être mis en doute; la démarche est encore assez ferme; la sensibilité générale est très affaiblie, et l'on peut pincer très fortement la peau sans que la malade manifeste aucune douleur; l'appétit est excellent, le sommeil calme et prolongé.

Pendant huit mois nous n'eûmes à noter que peu de changements dans cet état. Cependant tous les symptômes s'aggravèrent, et en outre on put constater de nouveaux symptômes: les mains étaient tremblantes ainsi que la langue; la malade avait une sorte de mâchonnement continu; le mouvement qu'elle faisait semblait tout à fait automatique et ressemblait à celui d'une personne qui déguste un liquide (1). On observa aussi que la paralysie se prononçait davantage sur le bras gauche, qui pouvait à peine être soulevé; mais cette aggravation partielle de la maladie ne persista pas au delà de quelques jours. Au commencement du mois de novembre, la faiblesse était égale des deux côtés; les deux bras étaient souvent le siège de petites secousses convulsives. R... allait et venait encore dans la division, elle aidait au ménage. Son intelligence était affaiblie, mais il n'y avait pas de traces de délire ambitieux. Appétit encore assez bon; langue profondément gercée. Pas de diarrhée. La malade maigrit; elle se plaignait parfois d'éprouver de la céphalalgie.

Le 18 novembre, elle fut prise de pneumonie et succomba le 21.

Autopsie le 22.

(1) Ce symptôme, qui n'est pas très rare chez les paralytiques, n'avait point, que je sache, encore été signalé; j'ai dit ailleurs (*Mémoire sur la paralysie pellagreuse, Annales méd.-psych.*, t. XI, p. 317) que Strambio l'avait observé dans la pellagre.

L'arachnoïde viscérale est épaissie et opaque sur beaucoup de points de la convexité du cerveau ; la pie-mère, très infiltrée de sérosité. Le liquide, dans plusieurs points, a déprimé les circonvolutions et a formé de petites cavités sur les côtés de la grande scissure. Adhérences très nombreuses des membranes à la couche corticale dont une partie s'enlève avec elles. Substance grise molle et de couleur rosée. La substance médullaire a sa consistance normale. Peu de sérosité dans les ventricules qui ne sont pas dilatés. Granulations très nombreuses sur l'arachnoïde ventriculaire, et principalement dans le ventricule du cervelet, au-dessus du *calamus scriptorius*. La moelle est saine. Les viscères de la poitrine et de l'abdomen n'ont pu être examinés.

OBSERVATION DEUXIÈME.

Érysipèle de la face suivi de céphalalgies. — Après un an, congestions cérébrales. — Après dix-huit mois, symptômes de paralysie générale.

La femme B..., âgée de trente-huit ans, est entrée à la Salpêtrière le 30 janvier 1845. Nous apprîmes qu'elle avait une sœur aliénée, que son père était bizarre et *braque*, et qu'elle-même avait depuis longtemps la tête assez faible. Elle avait toujours joui d'une bonne santé lorsqu'elle fut prise, il y a dix-huit mois, d'un érysipèle de la face : la tuméfaction fut considérable, et pendant huit ou dix jours il fut impossible à la malade d'entr'ouvrir les yeux. On pratiqua deux saignées.

A la suite de cet érysipèle, B... conserva une céphalalgie habituelle ; sa menstruation, jusque-là régulière, se déranger. Une année s'était à peine écoulée qu'il survint des espèces d'attaques de paralysie ; la malade ne perdait pas connaissance, mais elle restait une demi-heure sans pouvoir articuler un seul mot, et cherchait à se faire comprendre à l'aide de signes. Ces sortes d'accès assez fréquents devinrent aussi plus longs, et parfois B... restait trois ou quatre heures sans pouvoir parler. En

même temps on remarque que son caractère change ; elle devient lente, apathique ; sa mémoire est infidèle.

Après dix-huit mois, invasion du délire : la malade a sans cesse le désir d'acheter ; elle cherche partout à emprunter, marchande des pendules, des châles, etc. Bientôt le désordre des idées augmente : B... ne parle que de millions ; elle veut avoir un grand hôtel, trois cents magnifiques tapis ; elle va aller aux Tuileries, promet à ses amies de les marier avec de grands personnages, ordonne à son mari de ne plus travailler, etc.

C'est dans cet état qu'elle fut amenée à la Salpêtrière. La parole était très embarrassée, la démarche chancelante, l'intelligence très affaiblie. B... succomba aux progrès de la maladie, mais l'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION TROISIÈME.

R..., âgé de quarante ans, épicier, avait toujours fait des excès de boisson. En mai 1819, il lui arriva de dormir exposé au soleil, et il fut bientôt atteint d'un érysipèle très intense, qui s'étendit à toute la face et au cuir chevelu.

Depuis cette époque, il conserva une céphalalgie habituelle, ce qui ne l'empêcha pas de continuer ses excès de boisson.

Le 29 juin, un mois à peine après l'érysipèle, il fut pris de délire ambitieux à la suite d'une orgie. Conduit à la maison de Charenton, il succomba le 23 juillet, après avoir offert tous les symptômes de la paralysie générale (1).

Quelle a été, dans les trois observations qui précèdent, l'influence des érysipèles sur le développement de la paralysie générale ?

Dans le premier cas, est-il possible d'admettre que les cinq érysipèles, survenus en moins de trois ans chez une femme

(1) Bayle, *Traité des maladies du cerveau*, t. I, p. 244.

qui avait déjà une teudance aux congestions, n'ont pas contribué à provoquer la maladie ? Nous ne le croyons pas, et il nous paraît difficile qu'une inflammation si souvent répétée n'augmente pas l'afflux du sang au cerveau.

Quant aux deux derniers faits, ils ont un caractère commun qui ne permet pas de révoquer en doute l'influence de la cause que nous signalons. C'est cette céphalalgie qui, dans les deux cas, s'est manifestée à la suite de l'érysipèle. C'était évidemment l'indice d'un travail persistant. Bientôt des congestions cérébrales et le délire ambitieux surviennent chez l'une des malades; chez l'autre, l'invasion a lieu tout à coup à la suite d'un excès de boisson. Dans les deux cas, nous devons rapporter à l'érysipèle le point de départ de l'affection si grave qui s'est manifestée après un mois dans un cas, après un an dans l'autre.

Peut-être ces céphalalgies persistantes à la suite d'un érysipèle de la face et du cuir chevelu chez un sujet prédisposé aux congestions (OBSERV. 1^{re}), à la folie (OBSERV. 2^e), faisant des excès de boisson qui sont déjà par eux-mêmes une cause active de paralysie générale (OBSERV. 3^e); peut-être, disons-nous, ces céphalalgies devront-elles attirer l'attention comme l'indice précurseur d'un désordre plus grave, et qu'il serait urgent de prévenir par un traitement approprié.

Tel est le point pratique qu'il m'a paru utile de signaler, malgré le petit nombre des faits que je possède.

DE L'ALIMENTATION DES ALIÉNÉS,

DES DIFFICULTÉS QU'ELLE PRÉSENTE,

ET DES MOYENS D'Y REMÉDIER ;

INCONVÉNIENTS DE L'ALIMENTATION FORCÉE.

Par le D^r ANDREA VERGA.

Traduit de l'italien par le D^r L. LUNIER.

Quand on visite, à l'heure des repas, un établissement d'aliénés bien dirigé, on voit avec étonnement que les deux tiers environ de ceux qui jouissent de la liberté de leurs mouvements mangent en commun avec calme et régularité, à tel point que, sous ce rapport, on a peine à se croire au milieu de malades privés de leur raison. Les autres s'éloignent plus ou moins de cette allure calme et régulière ; on peut les diviser en plusieurs catégories.

Quelques uns, pour la plupart imbéciles, stupides ou déments, ne font aucune attention aux aliments qu'ils ont sous les yeux ou bien ne peuvent se décider à manger. Ces malades ont besoin d'être stimulés, parfois même il faut leur porter les aliments à la bouche. Chez eux, la mastication demande à être enrayée artificiellement, de même que chez les individus constipés on sollicite la défécation avec des purgatifs et des lavements, et que chez les asphyxiés on rétablit la respiration en titillant l'arrière-gorge et en insufflant de l'air dans les poumons. Ces malades ressemblent aux nouveaux-nés à qui il faut mettre le mamelon dans la bouche pour qu'ils commencent à teter. Pour quelques uns de ces aliénés, il suffit, en effet, de leur faire flairer les aliments ou bien de leur en toucher les

lèvres pour déterminer des mouvements automatiques et réflexes de mastication. Pour d'autres, qui jusqu'alors avaient vécu dans l'isolement, l'exemple de leurs voisins suffit souvent pour les engager à manger; aussi les repas en commun sont-ils en usage aujourd'hui dans presque tous les établissements d'aliénés.

D'autres, maniaques pour la plupart, ont toujours un très grand appétit, et s'ils se trouvent à la même table que ceux dont nous venons de parler, il en résulte un singulier contraste: ils font en effet disparaître avec rapidité potage, pain, viande, etc., de telle sorte qu'à la fin du repas, s'il n'y a point en de surveillance, on pourrait croire qu'ils ont tous également mangé leur part. Non contents d'avoir épargné à leurs immobiles voisins le soin de prendre la nourriture qui leur était destinée, ils cherchent par tous les moyens à obtenir du directeur ou des infirmiers un supplément de pain; de plus, ils vendent aux autres malades le lait, le vin, le tabac, etc., qu'on leur donne, ainsi que leurs pipes, leurs boîtes et autres objets qui leur appartiennent, et l'argent qui provient de ce singulier commerce leur sert à acheter du pain: ils n'en ont jamais trop. Ces malades exigent une surveillance de tous les instants, si l'on veut éviter des excès qui pourraient devenir mortels en déterminant des congestions, des indigestions, des fièvres gastriques, etc. Quand ils causent avec leurs parents ou que des étrangers viennent visiter leurs cellules, ils ne cessent de se plaindre qu'on les laisse mourir de faim, et peuvent ainsi compromettre injustement la bonne réputation d'un établissement. Parmi les aliénés de cette catégorie, il y a aussi des hypochondriaques, qui mangent toute la journée, tout en criant qu'ils sont perdus, qu'ils dépérissent, qu'ils manquent d'appétit et n'ont plus la force de rien digérer. Un grand nombre de déments paralytiques, pellagreuX ou non pellagreuX, appartiennent à cette même catégorie. La lenteur et l'irrégularité avec lesquelles s'exécutent chez eux les mouvements de déglutition exposent en

outre ces derniers malades au danger d'être étouffés par les aliments (1).

Il ne faudrait pas croire, d'après cela, qu'il existe une distinction constante et absolue entre les aliénés affamés et ceux qui ne veulent point prendre d'aliments ; souvent des malades, que pendant quelque temps on avait craint de voir mourir par abstinence, changent tout à coup et mettent leur vie en danger par une voracité insatiable. Ce phénomène est d'ailleurs d'un mauvais augure ; il annonce d'ordinaire la chronicité et l' incurabilité.

Quelques aliénés, qui, loin d'être gloutons, mangent souvent, au contraire, sans appétit aux repas communs, ont toujours cependant des provisions de pain : ils en cachent dans leurs poches, dans leurs mouchoirs, dans leur paillasse, etc., soit par un de ces instincts aveugles qu'on observe chez quelques animaux, soit par crainte de pouvoir, dans l'avenir, manquer d'aliments, soit enfin parce qu'ils sont sujets à des accès instantanés de faim dévorante. Ce phénomène est encore, en général, de mauvais augure ; je l'ai surtout observé chez les pellagreaux et chez les incurables.

D'autres, heureusement beaucoup moins nombreux que les précédents, et pour la plupart lypémaniques et hallucinés, tout en ayant un excellent appétit, non seulement ne peuvent se décider à manger, mais, qui plus est, sont fermement résolus à ne prendre aucune nourriture. Les uns croient qu'on veut les empoisonner, les dégouter de tout, et parmi ces infortunés il en est qui refusent des aliments qu'il serait assez difficile d'empoisonner, tels que des œufs et des noix, et qui par une étrange contradiction, tout en craignant de mourir de faim, refusent de manger.

(1) M. Baillarger a conseillé à cet effet l'emploi d'une pince recourbée qui permet de retirer immédiatement le bol alimentaire engagé déjà dans l'arrière-bouche. Cet instrument, facile à manier, doit rester à la disposition des surveillants et même des infirmiers, qui n'auraient plus besoin d'aller chercher ailleurs des secours qui arriveraient presque toujours trop tard.

tradiction, essaient de se suicider. D'autres craignent de mal faire en mangeant du pain qui ne leur est point destiné; ils entendent des voix qui leur reprochent de prendre pour eux une nourriture qui ne leur appartient pas; une nourriture qui vaut tant de milliers de livres, etc. Quelques uns, convaincus de leur indignité (*indegnita*), ne demandent qu'à mourir. Chez d'autres, enfin, pour la plupart atteints de stupidité, il est impossible de découvrir les motifs qui leur font refuser les aliments, et peut-être ne les connaissent-ils pas eux-mêmes : ils restent là, muets, ramassés sur eux-mêmes, ne répondant pas à qui les interroge, ne réagissant point quand on les secoue, et, semblables au hérisson, si vous leur relevez la tête et que vous leur étendiez les bras et les jambes, ils se replacent dans leur position première dès que vous les abandonnez à eux-mêmes. Chez tous ces malades il faut examiner avec soin l'état de la langue et des organes digestifs. Une légère irritation gastro-intestinale, une simple constipation peut être la cause de cette aversion pour les aliments. Perfect rapporte qu'un habile praticien se trouvait bien, en pareille occurrence, de l'emploi bien dirigé des purgatifs drastiques; moi-même, dans des cas de cette nature, j'ai eu fort à me louer, soit de l'administration de purgatifs plus ou moins énergiques ou d'eau émétisée, soit de l'application de quelques sangsues. Il est parfois nécessaire de stimuler l'appétit des malades par la variété des aliments. Aussi un établissement d'aliénés doit-il toujours avoir à sa disposition des mets de toute sorte. Que de temps aurais-je perdu si je m'étais obstiné à n'avoir jamais recours qu'au régime ordinaire! Certains malades, en effet, ne veulent que des aliments liquides et légèrement laxatifs, tels que le bouillon, les potages, le lait, la limonade, la salade; mais le plus grand nombre préfèrent les aliments solides et toniques, tels que le pain, la viande, les légumes, le fromage, les œufs, le vin. Il y a, sous ce rapport, d'étranges idiosyncrasies. J'ai eu récemment à donner des soins à un aliéné qui pendant plusieurs mois vécut presque uniquement de

bouillie de maïs, qui pour lui réunissait toutes les saveurs, et sans laquelle assurément cet homme fût mort beaucoup plus tôt d'inanition et d'agitation. Pour les malades qui craignent d'être empoisonnés, il est bon de les laisser libres de choisir parmi les mets qu'on a à sa disposition; l'infirmier fera bien, en pareil cas, soit de goûter lui-même les aliments du malade, soit de partager son repas, ou simplement de changer d'assiette. J'ai remarqué également qu'il ne fallait pas toujours montrer trop de sollicitude pour ceux qui ne veulent pas manger : faites semblant de ne point vous occuper d'eux; laissez-les seuls avec quelques plats que vous semblerez avoir oubliés dans leur cellule; cachez un morceau de pain sous leur serviette et vous les verrez bientôt se décider à manger. Chez certains mélancoliques, qu'une hallucination ou une idée fixe empêche de prendre de la nourriture, on se trouvera bien, selon les circonstances, d'une promesse, d'une menace, d'un raisonnement, d'une plaisanterie. Esquirol fit manger un aliéné qui voulait mourir de faim, en excitant son amour-propre. Avec un mouchoir tordu en corde, il lui fouetta les jambes en lui disant d'un air moqueur : Puisque vous faites l'enfant, vous serez traité comme tel tant que vous ne mangerez pas. Dans des cas plus difficiles, j'ai pris le parti d'éloigner le malade de sa cellule et de le faire transporter à l'improviste au milieu d'objets nouveaux. J'en ai obtenu de bons résultats.

Mais les moyens que je viens d'indiquer ne réussissent pas toujours. Il est des malades qui refusent toute espèce d'aliments ou de boissons avec une obstination diabolique : ils serrent les mâchoires, contractent les muscles de l'arrière-bouche, se débattent des pieds et des mains, et se feraient tuer plutôt que de se laisser introduire dans l'estomac la moindre parcelle de nourriture. On peut, en pareil cas, pour prévenir une mort prompte par inanition, avoir recours aux lavements nutritifs. Mais le gros intestin n'est point destiné à digérer, et si ses vaisseaux absorbent une partie des matériaux qu'on lui confie, il est hors

de doute que la nutrition ne peut se faire ainsi que d'une manière fort imparfaite. Aujourd'hui on a recours plus volontiers à des procédés à l'aide desquels on parvient malgré la résistance des malades, à faire pénétrer des substances nutritives dans l'estomac par les voies naturelles, le pharynx et l'œsophage.

Quelquefois, quand les forces musculaires du malade ne répondent point à l'énergie de sa volonté, il suffit d'agir comme chez les enfants à qui l'on veut à tout prix faire prendre un médicament qui leur répugne. Les pieds et les mains de l'aliéné étant maintenus solidement par des aides, l'opérateur lui pince les narines avec la main gauche et avec la droite il lui introduit entre les mâchoires une cuiller pleine de potage, en ayant soin de saisir surtout le moment où le malade ouvre la bouche pour respirer. Cette méthode, cependant, en apparence simple et innocente ne réussit pas toujours et n'est pas sans quelque danger. Le docteur de Filippi (1) raconte avoir vu arracher une dent pour passer une sonde qui portait les aliments jusque dans l'œsophage; on n'avait eu recours à ce moyen qu'après avoir inutilement essayé d'ouvrir la bouche, aussi bien que d'introduire l'instrument par les fosses nasales. Ce médecin dit également qu'un infirmier maladroit, en pincant les narines d'un malade, dans le but de le forcer à desserrer les dents pour respirer, l'aurait certainement asphyxié si on ne l'en eût empêché; le malade fût mort suffoqué plutôt que d'ouvrir la bouche. Enfin le docteur de Filippi fait mention d'un procédé auquel il eut recours chez un maniaque qui avait déjoué tous les moyens mis en usage pour lui séparer les mâchoires. Il planta deux aiguilles dans les muscles digastriques et les mit en communication avec une pile de Volta de huit couples. Au premier contact des aiguilles, la bouche s'ouvrit largement et le

(1) *Annatazione di medicina*, del dottor Giuseppe di Filippi, Milano 1845, p. 323.

malade devint assez docile pour qu'on put le faire manger. Il fallut renouveler la secousse électrique une deuxième et une troisième fois. Quand le malade fut convaincu de son impuissance à résister à une force qu'il regardait peut-être comme surnaturelle, il en vint à ouvrir spontanément la bouche dès qu'on le menaçait de l'opération, et l'on put ainsi le guérir, quoiqu'il eût failli mourir d'inanition. Ce stratagème fait honneur à l'imagination de l'inventeur; mais il n'est ni assez simple ni assez commode pour être mis en pratique. Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que lorsque la bouche est ouverte, les mâchoires écartées, et qu'on a versé une cuillerée de potage sur la langue, on n'a pas tout fait. Pour moi, je n'ai jamais éprouvé de grandes difficultés pour ouvrir la bouche des malades, tout en employant les moyens les plus simples, tels qu'une petite spatule en bois que je faisais pénétrer entre les dents en m'en servant comme d'un levier, ou des pinces à tranchées plates et unies, que j'introduisais de la même manière entre les mâchoires, et dont ensuite, à l'aide d'une vis, j'écartais lentement les branches. Mais que de fois j'ai vu les aliments repoussés par les muscles de l'arrière-bouche, que le malade contractait spasmodiquement! Par la même raison, le but qu'on se propose n'est nullement rempli par l'appareil employé d'ordinaire dans nos établissements, que l'on connaît sous le nom de *machine* (*maachtna*), et qui consiste en une espèce de *speculum oris*, et en un cornet ou entonnoir. Le malade, avec sa langue, repousse le *speculum oris* et rejette par les commissures des lèvres les aliments introduits dans la bouche.

Il est donc le plus souvent indispensable de porter les aliments jusque dans le pharynx, dans l'œsophage et même plus loin encore. C'est vers ce but que depuis Esquirol tendent les efforts de presque tous les aliénistes. C'est ce qui a fait naître la pensée d'appliquer la sonde à l'alimentation des aliénés et à rendre vulgaires dans les établissements destinés à ces malades le mot et l'opération de cathétérisme œsophagien. Mais ici se

rencontrent de nouveaux dangers. Que la sonde soit introduite par les narines ou par la bouche, si le patient est doué d'une certaine sensibilité, il ne pourra en supporter le contact, et elle déterminera chez lui l'éternement et de violents efforts de toux et de vomissement. Il en résulte quelquefois des hémorrhagies considérables qui peuvent n'être pas à dédaigner chez des malades déjà faibles et dont le sang est appauvri; d'autres fois la sonde glisse dans la trachée et l'opérateur injecte un liquide nutritif dans les voies aériennes; ce qui rend cet accident plus facile, c'est que, d'un côté, la sonde, mince et creuse, ne détermine par son séjour dans la trachée qu'une sensation passagère d'anxiété et de suffocation; et que, d'un autre côté, quand elle est engagée dans l'œsophage, elle donne passage quelquefois à une certaine quantité d'air venant de l'estomac. Mais c'est à la partie supérieure du pharynx que se présente l'obstacle le plus fréquent, quand la sonde est introduite par les narines. La sonde, en effet, après avoir glissé sur le plancher des fosses nasales, vient heurter à angle droit par son extrémité contre la paroi supérieure du pharynx, et détermine dans ce point des ecchymoses et même de fausses routes, si l'instrument a été poussé avec force. M. Baillarger a vu chez un type maniaque une perforation du pharynx, suivie d'un emphyseme du cou, puis d'un abcès du médiastin antérieur, et qui a déterminé la mort en trois jours. Dans les cas plus heureux, la sonde se replie sur elle-même, vers la base de la langue et de l'épiglotte, et l'opérateur est obligé de recommencer plusieurs fois sans plus de succès, fatigue le malade par une lutte pénible. Aussi des hommes philanthropes, non moins que praticiens habiles, ont-ils songé à perfectionner la sonde œsophagienne. M. Baillarger, qui a signalé avec tant de sagacité les imperfections de la sonde ordinaire, et à qui nous avons emprunté les remarques que nous avons faites à ce sujet, a imaginé une sonde à double mandrin, l'un en fer, rigide et recourbé, l'autre en baleine, très élastique. Quand la sonde, courbée par le mandrin

en fer, est parvenue au delà de la partie postérieure des fosses nasales, l'opérateur retire ce premier conducteur, et alors la sonde, redressée par l'élasticité du mandrin en baleine, s'applique par son extrémité contre la paroi postérieure du pharynx, et descend ainsi directement dans l'estomac. Il n'y a plus alors qu'à retirer le second conducteur et à faire l'injection. L'idée de ce double mandrin est sans aucun doute fort ingénieuse, quoiqu'elle ôte à l'instrument de sa simplicité et qu'elle semble, au premier abord, rendre l'opération plus longue et plus difficile. La sonde œsophagienne, ainsi perfectionnée, laisse loin derrière elle tous les instruments du même genre que je connais, et me dispense d'insister plus longtemps sur ce point. Mais je ne puis convenir avec M. Baillarger que désormais on puisse, dans tous les cas, nourrir les aliénés avec la sonde œsophagienne et qu'on n'aura plus à craindre des luttes pénibles pour les malades. Quelquefois, en effet, les fosses nasales sont si étroites, que l'introduction d'une sonde assez grosse pour contenir un double mandrin et pour laisser passer un liquide épais et nourrissant est difficile, pour ne pas dire impossible (1). D'un autre côté, quelque soit l'instrument employé, le malade ne manquera pas de s'opposer de toutes ses forces à une opération qui répugne à sa nature ou tout au moins à sa volonté. S'il est doué d'une certaine sensibilité, il sera pris d'accès d'éternement et il éprouvera de violents efforts de toux et de vomissement. Les fosses nasales ne sont point assurément le vestibule naturel du canal gastro-intestinal, et toute introduction de matières solides ou liquides qui aura lieu par cette voie devra déterminer une réaction très-énergique. Le typhé-maniaque dont j'ai déjà parlé dans ce journal (*Gazetta medica di Milano*, n° du 2 avril 1849) nous en offre un exemple :

(1) M. Verga se fait probablement une fausse idée de la grosseur des sondes employées pour le cathétérisme œsophagien, qui sont loin d'avoir le volume de celles qu'on introduisait autrefois sans mandrin. L. L.

à peine avait-on commencé l'introduction forcée de la sonde, qu'il était pris de convulsions générales et de spasme de la glotte, à tel point qu'il paraissait devoir suffoquer. Il est vrai que, chez ce malade, à l'irritabilité de caractère se joignaient des adhérences très fortes entre la gaine des nerfs laryngés supérieurs et une ancienne cicatrice de l'œsophage; mais il n'en est pas moins certain qu'il suffit d'un tempérament irritable pour que la violence nécessitée par le cathétérisme œsophagien augmente quelquefois l'excitation maniaque et l'aversion pour les aliments.

L'espère qu'avec les progrès de la civilisation, la sonde œsophagienne et tous les moyens analogues, auront le sort de ces effrayants moyens de contrainte autrefois en usage, qu'ils seront déposés dans les musées uniquement pour servir à l'histoire de l'art, et seront rongés par les vers et par la rouille. On se demande avec étonnement pourquoi on a abandonné tous ces moyens de répression dont quelques uns n'avaient d'effrayant que l'apparence, et comment, au contraire, un mode de traitement tellement barbare, que personne ne pourra jamais penser ou dire autrement, comment, dis-je, une telle pratique a pu se répandre, et cela sous l'autorité et par les travaux de médecins distingués. On avait recours autrefois à des tortures révoltantes pour arracher des aveux de la bouche des accusés. Est-il donc plus raisonnable de forcer, pour ainsi dire, un malade à avouer un besoin que peut-être il n'a pas, et de lui causer des souffrances corporelles, parce que l'on suppose chez lui une lésion intellectuelle? Est-il une violence qui puisse blesser plus fortement une nature sensible qu'une opération de haute chirurgie? Je pourrais ajouter que c'est un abus de pouvoir de la part du médecin; car, enfin, si un chirurgien se croit obligé de respecter la volonté d'un homme sain d'esprit, qui se refuse à une opération qui peut lui sauver la vie, si un accoucheur ne se croit point le droit de pratiquer de force l'opération césarienne chez une femme dont la vie est en danger aussi bien que celle

de son enfant, je me demande ce qui autorise le médecin aliéniste à user de violence envers un homme qui, par cela même qu'il est malade d'intelligence et de volonté, demande à être traité avec plus de douceur et de circonspection. Mais pour mieux justifier mon aversion pour l'alimentation forcée des aliénés, je crois devoir ajouter les observations suivantes :

1. Il est fort difficile de connaître les motifs pour lesquels les aliénés refusent des aliments. Comme chez eux l'expression symptomatique est le plus souvent peu sensible, et même tout à fait nulle, le médecin attribue quelquefois à une idée fixe ce qui est le résultat d'une affection organique que l'alimentation ne pourrait qu'aggraver. M. Baillarger (1) parle d'un monomaniac qui refusait toute espèce de nourriture, et chez lequel on dut presque toujours introduire la sonde ordinaire par la bouche, parce qu'il était impossible de la faire pénétrer par les fosses nasales. Ce malade mourut de diarrhée et dans le marasme, et à l'autopsie on constata un engorgement considérable du poulmon droit et une hépatisation du lobe inférieur du poulmon gauche. Il est à présumer que ces lésions étaient la cause du refus de nourriture, et que l'alimentation forcée tendait à en aggraver plutôt qu'à en diminuer la gravité. M. Baillarger rapporte aussi l'histoire d'une hypomaniaque qui avait apporté en naissant une fatale prédisposition au suicide, et qui pendant 170 jours fut nourrie de force avec la sonde à double mandrin. Cette malade mourut également avec la diarrhée et des escarres au sacrum. Elle était maigre comme un squelette. A l'autopsie, on trouva deux ulcères superficiels dans le grand cul-de-sac de l'estomac, une hypertrophie concentrique du cœur et une hépatisation du lobe inférieur du poulmon droit. Enfin, le même auteur rapporte l'observation d'une Irlandaise affectée de monomanie religieuse qui, pendant quinze jours, fut nourrie avec la sonde, puis consentit à prendre d'elle-même

(1) *Annales médico-psych.*, t. VIII, p. 352, année 1849, p. 407.

des aliments. Cette dame mourut néanmoins peu de temps après d'une maladie cancéreuse de l'utérus. Cette affection organique était probablement la cause de son aversion pour les aliments qui, chez une femme saine d'esprit, eût été respectée ou du moins combattue tout autrement que par la violence (1). Chez le lypémanique dont j'ai rapporté l'observation (*Gazzetta medica di Milano*, n° du 2 avril 1849), on eût pu croire que le refus de nourriture dépendait de simples hallucinations, puisqu'il soutenait avoir une coque de châtaigne dans le rectum; et cependant on y découvrit une tumeur qui, en rendant la défécation fort difficile, devait produire une sensation de plénitude, que ne pouvait assurément guérir l'alimentation forcée. Chez les quelques malades que j'ai nourris en employant la violence et qui sont morts dans le marasme, j'ai toujours découvert de graves lésions organiques, surtout du côté de la poitrine et de l'abdomen. Lors donc que je ne connais pas avec certitude la cause de l'abstinence d'un aliéné, je choisis le moindre des dangers, et je ne m'expose pas à aggraver son état par l'emploi de moyens violents dont le moindre inconvénient est de favoriser les congestions cérébrales, et d'augmenter l'irritation des poumons et du cœur.

2°. Puisque le plus souvent nous ignorons complètement la cause du refus obstiné de nourriture chez les aliénés, nous pouvons être certains que d'ordinaire ce refus est chez eux l'expression d'un état particulier de l'organisme, ou tout au moins indique qu'ils n'ont pas besoin de manger. C'est ainsi que s'explique comment ces malades vivent plusieurs semaines sans prendre aucune nourriture, et des mois et des années entières avec une très petite quantité d'aliments; pourquoi chez ceux de ces infortunés dont on essaie de prolonger la vie à l'aide d'alimen-

(1) Ces lésions, que M. Verga regarde comme la cause du refus des aliments, sont le plus souvent au contraire le résultat d'une alimentation insuffisante.

tation forcée, on trouve toujours après la mort des lésions aussi graves qu'imprévues dans les cavités splanchniques, ainsi que nous l'avons déjà démontré ; et enfin, comment un grand nombre de ces obstinés jeûneurs cèdent tout à coup à cette violence à laquelle ils ont si longtemps résisté et se décident à manger seuls. On ferait donc sagement de considérer le refus des aliments comme un des rares symptômes qui doivent faire soupçonner chez l'aliéné quelque affection organique, et non point comme une maladie. On fait tout pour ne point laisser l'estomac vide : cherchons avec plus de soin à savoir quand il faut lui confier des aliments, puisqu'il est certain qu'on se nourrit, non pas de ce que l'on mange, mais de ce que l'on digère.

Je me suis trouvé dans des circonstances douloureuses qui peut-être n'ont que trop souvent affecté beaucoup de mes lecteurs, circonstances terribles qui avaient suspendu chez moi le cours régulier des fonctions physiologiques. J'ai eu pendant plusieurs jours la tête lourde, les idées confuses, les membres tremblants, la respiration gênée, la bouche pâteuse, l'estomac dégoûté de toute espèce d'aliments et l'âme fermée à toute consolation. Je frémis aujourd'hui en pensant à ce que m'eût fait souffrir alors une alimentation forcée. Eh bien, mon état, sauf la gravité et la durée, ne devait point différer de celui des hypémaniques qui refusent de prendre de la nourriture.

3° Pendant les premières années que j'exerçai la médecine dans un établissement d'aliénés, j'observai quelques faits qui me semblèrent plaider en faveur de l'alimentation forcée. Plusieurs malades furent tellement effrayés des préparatifs de l'opération, qu'ils se décidèrent à manger. Un aliéné qui n'avait rien pris ni prononcé une seule parole depuis trois jours, et qui finalement, grâce à l'emploi de la soude, en était venu à prendre un peu de nourriture, me dit en me voyant le lendemain paraître devant lui l'instrument à la main : « Je n'aime point, les grimaces, et si je dois manger de cette manière, je mangerai seul. »

Et depuis ce moment ce malade prit toujours ses repas régulièrement et pécha plutôt par intempérance. Ayant pris plus tard en aversion l'opération du cathétérisme œsophagien, j'essayai d'abandonner à eux-mêmes les malades qui refusaient de se nourrir; presque tous se sont décidés spontanément à prendre des aliments; j'ai même constaté ce fait chez des aliénés pour lesquels, plusieurs mois auparavant, l'emploi de la sonde m'avait paru indispensable. A mon arrivée dans le grand hospice de la Senavra, j'appris avec plaisir qu'on ne s'était pas servi de la *machine* depuis douze années environ, à la suite de la mort par asphyxie d'un aliéné chez lequel on l'avait employée; et comme on n'en avait plus senti la nécessité, cet instrument s'était détérioré et était alors tout à fait hors de service. Parfois seulement l'infirmier chargé de faire manger quelque malade difficile le menaçait de la *machine*, ou lui en fait voir quelque vestige impropre au service. Ce stratagème réussit à merveille, et mieux peut-être que ne ferait l'emploi de la *machine* elle-même. L'utilité du cathétérisme œsophagien n'est donc point chose démontrée, lors même que cette opération est sans danger; et il est certain, d'un autre côté, qu'elle détermine parfois des accidents graves et même mortels.

Si je me suis si longuement étendu sur les inconvénients de l'alimentation forcée, c'est qu'il m'a semblé (peut-être me suis-je trompé) que dans plusieurs grands établissements d'aliénés on en faisait un abus. Pour ma part, je crois que l'on ne doit recourir à l'alimentation forcée que dans les deux cas suivants :

1^o Dans le cas de tendance manifeste au suicide par abstinence, produite par une idée fixe, et rebelle à toute espèce de raisonnement. Telle était la première idée d'Esquirol : « Si tous ces moyens échouent, dit-il, si le refus des aliments persiste, si le malade a pris la résolution de mourir par abstinence, il faut recourir à l'introduction forcée des substances alimentaires dans l'estomac. » Dans ce cas, qui ne peut être que fort rare, la

sonde de M. Baillarger doit être préférée à tout autre instrument.

2. Dans le cas de stupidité avec suspension des mouvements volontaires de mastication et de déglutition, et quand il n'y a qu'une résistance passive. Peut-être alors le malade désire-t-il lui-même être aidé de quelque manière et ne peut exprimer ce besoin. J'ai connu un aliéné que l'on dut, pendant plusieurs mois, nourrir avec la machine. Il n'opposait aucune résistance et se prêtait à l'opération avec cet abandon qu'un homme sain d'esprit met à se laisser faire la barbe. On comprend qu'en pareil cas l'opération serait mieux appelée *artificielle* que *forcée* (1).

Dans tous les autres cas, une expectation prudente, des paroles douces et persuasives, et les autres moyens que nous avons indiqués plus haut, méritent la préférence. Que si jamais on en venait à reconnaître la cause de l'abstinence d'un malade, pour lequel on recommanderait l'usage interne de remèdes particuliers, alors on aurait recours, à bon droit, à la sonde œsophagienne, non pas pour le nourrir, mais pour ingérer, malgré lui, dans son estomac les médicaments convenables.

(1) A ce point de vue la sonde peut avoir aussi son utilité chez des personnes saines d'esprit, quand elles seront affectées de paralysie de l'œsophage et du pharynx. Dans les cas de simple trismus ou de toute autre affection qui n'empêcherait que l'usage de la bouche, on pourrait éviter de se servir de la sonde, et verser directement les aliments dans les fosses nasales. C'est par ce procédé, plus simple assurément que tous les autres, que mon collègue et ami, le docteur Garavaglia, est parvenu à nourrir pendant plus de deux mois, et même à donner de l'embonpoint à un typhémanique de forte et robuste corpulence. J'ai vu tout récemment le docteur Rinaldini en faire l'application sur un mélancolique qui, depuis plusieurs jours, ne touchait à aucun aliment parce que Dieu le lui avait ordonné. L'opération réussit pleinement; car on put ainsi verser dans la narine droite environ deux verres de bouillon sans que le malade en fût notablement troublé, et à partir de cette époque il se mit à manger seul très régulièrement.

NÉVROSES.

HISTOIRE D'UNE NÉVROSE

FORT EXTRAORDINAIRE

QUI S'EST TERMINÉE PAR LA MORT.

Par le docteur MEUGY fils (de Béthel).

Mademoiselle Z. E., âgée de treize ans, est d'une taille moyenne; d'une constitution en apparence assez délicate et grêle; son teint a toutefois de la fraîcheur; ses chairs ont de la fermeté et une bonne coloration; il n'existe chez elle aucune trace de leucorrhée; rien enfin n'annonce un état chlorotique.

A l'âge de onze ans, mademoiselle Z., à la suite de la disparition subite d'une éruption scarlatineuse fort grave, fut prise d'une fièvre cérébrale qui fit craindre pour ses jours, mais dont elle guérit cependant assez promptement. Avant même cette scarlatine, elle éprouvait souvent de violentes palpitations de cœur, qui furent combattues sans succès par la digitale. De temps en temps mademoiselle Z. se plaignait de douleurs de tête, lorsqu'à l'âge de quatorze ans de fréquentes hémorrhagies nasales se déclarèrent. En même temps la céphalalgie augmenta d'intensité : on l'obligea à garder le repos; on eut recours à une petite saignée du bras; aux dérivatifs; les douleurs de tête, au lieu de céder, devinrent plus violentes encore; elles arrivèrent à un tel degré, que la lumière, le moindre bruit, le moindre mouvement du corps les exaspéraient. Cette situation étant restée la même pendant huit jours sans la moindre apparence d'amélioration, les pulsations des artères carotides étant

très fortes et très visibles, j'eus la pensée d'essayer la compression de cette artère de manière à arrêter complètement le cours du sang. Cette manœuvre dura à peine depuis une minute qu'aussitôt la malade nous dit éprouver un grand soulagement. Je suspendis la compression, le mal ne reparut plus avec la même violence ; je recommençai à plusieurs reprises, et, séance tenante, il y eut guérison complète. Cet état de santé se soutint pendant une année entière. Dans cet intervalle, les règles se montrèrent peu abondantes et reparurent régulièrement pendant quelques mois, ce qui fut considéré comme d'un bon augure pour l'affermissement de la santé.

Au mois de juin 1840, la céphalalgie pulsative se déclare de nouveau avec force et réaction fébrile, et présente les mêmes caractères que lors du précédent accès. La compression des carotides augmente cette fois l'intensité des pulsations et de la douleur. C'est en vain que l'on essaie d'y revenir à plusieurs reprises, il faut absolument renoncer à ce moyen. Je pratiquai alors une saignée; puis j'eus recours successivement à l'application de quelques sangsues aux jambes et aux apophyses mastoïdes, aux bains de pieds sinapisés, aux frictions sèches sur la colonne vertébrale et sur les membres, aux affusions d'eau fraîche dirigées avec précaution sur la tête et sur les épaules, aux laxatifs, etc. Malgré l'emploi de ces moyens, l'état de la malade restait stationnaire, paraissait même s'aggraver sous l'influence d'une médication nouvelle : le sommeil était presque nul, et de temps en temps survenaient quelques soubresauts dans les membres. La malade refusait toute espèce de boisson et ne prenait presque aucune nourriture. Les urines étaient rares et sédimentenses, les selles presque complètement suspendues. Cependant le pouls s'était calmé, la fièvre avait cessé. Enfin, après quatre semaines de cette situation qui n'avait pas changé un instant, le sommeil survint tout à coup, et après une bonne nuit passée sans réveil, tous ces symptômes disparurent à la fois.

Peu après, cependant, mademoiselle Z. se plaignit de vives douleurs aux dents de la mâchoire supérieure : le sommeil se perdit de nouveau, ce qui fut attribué à ces douleurs. La première grosse molaire supérieure et gauche, très cariée et plus douloureuse que les autres, fut extraite ; les douleurs n'en continuèrent pas moins et parurent se fixer sur les incisives supérieures et sur la canine gauche, qui se cariaient près du rebord alvéolaire ; la gencive correspondante était rouge et boursoufflée. Cette carie faisant de rapides progrès, malgré l'emploi des eaux dentifrices les plus préconisées, un dentiste fut consulté ; il scia les dents malades au niveau des alvéoles, en cautérisa les nerfs, puis les remplaça par des dents artificielles à pivot. L'opération fut suivie d'un soulagement momentané. Mais la douleur s'étant reproduite, on fut obligé de les retirer quelques jours après ; toutefois la douleur n'en persista pas moins : le siège en était rapporté aux gencives, qui pourtant avaient repris leur teinte naturelle ; puis on commença à se plaindre de la tête, et le 15 janvier 1841 on fut forcé de garder le lit.

La céphalalgie devient cette fois plus forte que jamais ; elle s'accompagne d'un frémissement continu dans les muscles du cou, de contractions violentes et spasmodiques des jambes sur les cuisses ; la tête est dans une agitation perpétuelle et se renverse quelquefois brusquement en arrière. C'est surtout pendant la nuit que la malade se plaint, ne disant rien autre chose que : « Ma tête ! ma tête ! » Il y a cependant vers le matin une heure de sommeil pendant lequel le calme est complet ; puis au réveil les mouvements spasmodiques recommencent et ne cessent pas de la journée. Il y a répugnance pour toute espèce de boisson, quoique parfois il y ait soif. La malade ne veut prendre qu'un peu d'eau, encore dit-elle qu'elle en éprouve des nausées ; aucune nourriture n'est ingérée. Deux ou trois vomissements d'un peu de bile mêlée de mucosités ont eu lieu. La tête est surtout le siège d'une douleur atroce et profonde ; on est obligé de la tenir constamment serrée entre les deux

maines ou de l'envelopper d'un bandeau. La malade se plaint d'y ressentir des pulsations insupportables, et le cœur cependant est plus calme qu'il ne l'était même dans l'état de santé. Le pouls donne 80 à 90 pulsations régulières; il est plutôt faible que plein et fort. La malade maigrit sensiblement. Nous avons repris sans aucun succès quelques uns des moyens précédemment employés; nous y avons ajouté l'usage des lavements d'assa-fœtida, de musc, de décoction de valériane; nous avons aussi essayé par la bouche quelques antispasmodiques comme ceux que nous venons de nommer, le camphre, etc.; puis nous avons recouru aux bains tièdes et un peu frais; nous administrons quelques petites doses de calomel pour tâcher de combattre la constipation. Ces moyens, successivement employés, loin de calmer l'accès, paraissent plutôt en aggraver les symptômes, en sorte que nous sommes obligés de rester spectateurs oisifs de cette pénible scène, jusqu'à ce que le calme se rétablisse spontanément. Les facultés intellectuelles, d'ailleurs, n'ont souffert aucune atteinte, et lorsqu'on interroge la malade sur son état si triste en apparence, elle n'en témoigne aucune inquiétude et déclare qu'elle a la certitude de guérir. Elle désire rester dans une profonde obscurité, car elle craint surtout la lumière; qui, dit-elle, augmente ses douleurs. On est obligé d'environner son lit de tentures noires; elle répète constamment à sa mère ou à sa sœur : « Tiens ma tête : je veux qu'on tienne ma tête. » Une main doit être appuyée sur le front, l'autre à l'occiput; elle demande quelquefois qu'une bande fortement serrée soit placée autour de sa tête. Après environ un mois de cette crise, qui pendant ce laps de temps ne se calma pas un instant, et qui même le dernier jour parut être plus violente encore, un profond sommeil survint au moment où l'on s'y attendait le moins, dura toute la nuit, et le lendemain matin la malade se réveilla complètement guérie, comme après la première crise. Après quelques jours il ne resta plus absolument qu'un peu de lassitude dans les membres. Depuis plus de quinze

jours nous n'avions employé aucun moyen médicamenteux actif.

Ce mieux se continua pendant trois semaines; et comme nous avions lieu de craindre le retour périodique des accès, j'essayai pendant ce temps de calme d'administrer tous les jours quelques doses de sulfate de quinine. Cependant des douleurs commencèrent à se faire ressentir dans la mâchoire supérieure; les dents du côté droit, qui jusque alors étaient restées saines, se carièrent comme les autres à la base de la couronne; le sommeil diminua ainsi que l'appétit; les douleurs de tête avec pulsations se renouvelèrent. Pourtant mademoiselle Z... restait encore levée pendant tout le jour, mais était triste et taciturne. Enfin, quand elle eut peu à peu renoncé à toute espèce d'aliments et que le sommeil se fut tout à fait perdu, un nouvel accès se déclara le 1^{er} mai 1841.

La céphalalgie est revenue plus violente que jamais; il y a fièvre et plénitude du poulx; on croit devoir pratiquer une saignée du bras; la douleur augmente encore. Nous nous déterminons à risquer l'application de sinapismes sur les membres abdominaux: les jambes deviennent alors le siège de mouvements extraordinaires et comme convulsifs; elles se relèvent rapidement et frappent le lit avec les talons à coups redoublés, vingt, trente, cinquante fois de suite, sans s'arrêter et avec une grande violence; puis, au dernier coup, la malade, excédée de fatigue, pousse un cri, tombe dans l'affaissement et l'immobilité, puis recommence quelques minutes après. C'est en vain que l'on voudrait essayer de les empêcher ou d'y apporter quelques entraves: la malade pousse alors des cris déchirants; il faut absolument lui laisser les mouvements libres. On veut encore chercher à donner un peu de calme en plongeant les mains dans un bain simple d'eau tiède; aussitôt après les bras se prennent d'une autre manière, ils restent tendus et roidis en croix; il est impossible d'y toucher ou de chercher à les faire changer de position sans exciter des cris de douleur; tous les

oigts sont crispés. On parvient à donner, le matin, un petit lavement simple à la suite duquel s'évacuent quelquefois des matières marronnées très dures et peu copieuses; les urines sont rares et sédimenteuses; les fonctions intellectuelles restent intactes; les pulsations du cœur augmentent de force immédiatement après l'accès; toute espèce de médication demeure suspendue. Après environ quatre semaines les bras commencent à se détendre, et le dernier jour du mois de mai le sommeil reprend encore ses droits pendant une nuit entière; le lendemain matin la malade se réveille, ne souffrant plus que de faiblesse: l'appétit renaît, l'embonpoint reparait, il semble que la santé est complètement rétablie. Mais à peine trois semaines se sont écoulées qu'une nouvelle crise survient, mais différente des précédentes. Cette fois les jambes, fortement contractées, restent fléchies sur les cuisses; le front est brûlant au toucher; la malade ressent dans la tête une chaleur extrême, tandis que les pieds restent froids. Bientôt de nouvelles crises nerveuses se manifestent; la malade, couchée sur l'un des côtés, frappe sur son oreiller avec sa tête qu'elle soulève, comme elle le faisait avec ses jambes au précédent accès; elle donne quinze, vingt, quarante coups de suite sans s'arrêter; puis, après le dernier coup plus fort que les autres, elle retombe en criant: « Ma tête! que j'ai mal à la tête! Que l'on tienne ma tête! » Et ces crises se répètent toutes les cinq minutes, nuit et jour, sans interruption, pendant trois semaines consécutives. Quelquefois, cependant, un sommeil d'une heure, dont la malade n'a pas la conscience, vient suspendre ces phénomènes, puis au réveil les mêmes crises recommencent aussitôt; les selles redeviennent rares et marronnées, les urines s'arrêtent tout à fait; il y a une véritable rétention, et je suis obligé de pratiquer tous les jours le cathétérisme. Trois semaines se sont écoulées depuis le commencement de l'accès. La garde, qui veille auprès de la malade, remarque que les mouvements spasmodiques de la tête n'avaient pas encore été aussi fréquents ni d'aussi longue durée. Vers

minuit, la malade frappe avec la tête plus de cent coups de suite, puis retombe sur son oreiller et s'endort. Elle ne se réveille que fort tard le lendemain : les douleurs, les crises, tout avait cessé. Les fonctions reprennent leur cours habituel ; la santé paraît cette fois plus complètement rétablie qu'auparavant.

Mademoiselle Z. put bientôt sortir et se promener. J'ai oublié de dire que l'écoulement menstruel avait toujours continué de paraître régulièrement, pendant ou après les accès, sans qu'il parût en être modifié ; il était peu abondant, durait trois ou quatre jours et le sang paraissait assez naturel.

Le calme se continua plus longtemps qu'à l'ordinaire et l'on put, au mois de juillet suivant, réaliser un projet de voyage aux bains de mer de Dieppe, qui avaient été conseillés par M. Andral. Pendant ce voyage, la santé de mademoiselle Z. sembla parfaite ; seulement un léger mal de tête se faisait ressentir par moments. La saison fut malheureusement toute bonnigrersée et ces bains ne purent être pris ; on fut donc forcé de revenir plus tôt qu'on ne voulait.

A son retour à Réthel, mademoiselle Z. ne parut nullement fatiguée du voyage, et l'on s'apercevait pourtant de jour en jour qu'il y avait en elle quelque chose de menaçant. Dès le mois d'août de la même année, nous pûmes, en effet, observer les prodromes ordinaires des accès et nous nous attendions d'un moment à l'autre à l'explosion d'une nouvelle crise. Ce fut alors que la jeune fille manifesta le désir de faire un voyage à Notre-Dame de Liesse. Espérant qu'une modification morale résultant de ses idées religieuses, pourrait avoir un bon résultat, j'engageai ses parents à satisfaire à sa demande. Le voyage fut pénible : on arriva cependant à Liesse sans accident, et la jeune fille se mit au lit aussitôt. Le lendemain matin, on la transporta à l'église, où il lui eût été impossible de se rendre à pied. Après la cérémonie religieuse, confiante et rassurée, elle put revenir à son hôtel, seule et marchant librement. On crut presque à un miracle, et l'on revint à Réthel avec la certitude d'une guérison

complète et prochaine; mais ce soulagement ne fut que momentané, et bientôt mademoiselle Z... retomba dans le même état de langueur et de souffrance qu'auparavant.

Ce fut alors que mademoiselle Z... me demanda instamment à être électrisée. Je crus pouvoir y consentir, plutôt afin de satisfaire à ce caprice que dans l'espoir d'en obtenir un bon résultat. Au moyen d'une petite machine électrique, mademoiselle Z... fut chargée d'électricité. Nous essayâmes aussi la décharge de quelques bouteilles de Leyde sur différents points du corps, le long de la colonne vertébrale, sur la région du cœur. Nous continuâmes ainsi pendant plusieurs jours de suite; puis, comme il n'en résultait aucune modification, on finit par s'en lasser et l'on y renonça tout à fait. L'état de malaise et de souffrance resta pendant quelque temps au même degré, puis alla en augmentant; et enfin, dans les premiers jours de janvier 1842, mademoiselle Z... garda le lit et ne voulût plus le quitter. J'avais annoncé aux parents l'explosion probable et prochaine d'une nouvelle crise; nous la désirions tous, espérant qu'elle mettrait, comme les précédentes, un terme à cet état de dépérissement; mais nos prévisions furent bien trompées. La crise, qui, en effet, commença bientôt, au lieu de se borner à quelques semaines, comme les précédentes, se prolongea pendant sept mois entiers avec une succession de phénomènes fort extraordinaires.

À dater du 6 janvier, la malade ne quitte plus le lit; elle reste couchée sur un côté, le plus souvent sur le droit; sa tête est enfoncée dans ses oreillers; elle refuse de voir le jour; elle prend pour toute nourriture journalière une petite tranche mince de pain beurré et trempé dans un léger café au lait. Elle reste ainsi pendant trois mois consécutifs, se plaignant toujours de sa tête, de douleurs dans les racines des dents supérieures, ne dormant presque pas, ayant les cuisses fortement fléchies sur le bassin et les jambes fléchies sur les cuisses, éprouvant de temps à autre dans les articulations de petits soubresauts

semblables pour elle à la sensation produite par une commotion électrique. Un accès de fièvre bien caractérisé se déclara et prit le type quotidien et intermittent. Je me décidai à essayer alors l'emploi du sulfate de quinine : après les premières doses, la fièvre, au lieu de diminuer, finit par devenir continue. Nous renoncâmes donc forcément au fébrifuge, après deux jours d'épreuve, et peu à peu la fièvre s'apaisa d'elle-même. Nous approchions du mois de mai, époque à laquelle, aux années précédentes, nous avions obtenu par deux fois un changement favorable : nous nous bercions donc de quelque espoir et nous attendions avec impatience une solution ; mais loin de là, les crises prirent alors un caractère tout nouveau.

La malade, qui était restée pendant quatre mois couchée dans un état presque complet d'immobilité, se lève un jour tout à coup et se dresse toute droite sur son lit, avec la rapidité d'un ressort qui se détend ; puis elle se met à sauter en place pendant quelques instants sans s'arrêter, se repose un peu, recommence à sauter encore, puis retombe sur son lit, épuisée de fatigue. Bientôt après elle se jette en bas du lit, court autour de sa chambre, s'arrête dans un coin où elle saute plusieurs fois de suite sur ses talons, puis elle se remet à courir ; si elle arrive près d'une des personnes présentes, elle croit voir des bêtes et s'en éloigne en courant : ses yeux sont fixes, hagards et paraissent ternes ; elle s'arrête pour sauter encore, et tombe enfin dans les bras de son père ou de sa mère, dans un épuisement complet et disant alors : « Ma tête ! ma tête ! Mon Dieu, ma tête ! » Le besoin de courir est pour elle tellement impérieux que, pour peu qu'on la retienne, elle pousse des cris aigus et s'agit convulsivement jusqu'à ce qu'elle soit libre de ses mouvements. Pendant trois semaines, jour et nuit sans interruption, ces accès se représentent sous cette forme trois ou quatre fois par heure, ils sont seulement un peu moins fatigants la nuit ; quelquefois même il survient un moment de sommeil qui échappe à la conscience de la malade, car elle soutient toujours

qu'elle ne dort pas même une seconde. Au réveil, la crise recommence à l'instant; le pouls reste régulier, mais faible et petit; la peau conserve sa température normale; toute réaction fébrile a cessé. Enfin, après une dernière crise, plus longue et plus fatigante que les autres, et toujours accompagnée des mêmes sauts, la malade fut replacée sur son lit, et les phénomènes nerveux se montrèrent sous une autre forme.

Après quelques instants de calme, la malade se met à genoux sur le bord de son lit, jette la tête à droite et à gauche, en imitant les oscillations d'un pendule; l'accès dure quelques minutes, après quoi la malade retombe sur son lit, en disant toujours : « Que j'ai mal à la tête ! » Immédiatement après, on entend dans l'articulation des poignets et dans toutes celles des phalanges de petits craquements qui se succèdent rapidement et ressemblent à de petites décharges électriques : ils sont provoqués par des mouvements de flexion et de circumduction que la malade paraît obligée d'exécuter successivement à toutes les jointures. Ce n'est que lorsque ces petites commotions ont été produites que le calme est complet pour un instant. Si quelquefois il arrive que la petite déviation ne se produise pas, la crise recommence, puis le craquement se fait entendre accompagné d'un grand soupir, puis aussitôt un peu de calme. Ces phénomènes se succédèrent rapidement jour et nuit pendant encore quelques semaines, puis s'arrêtèrent tout à coup pour faire place à d'autres.

Cette fois, la malade reste couchée sur le dos, se redresse brusquement sur son séant, puis laisse retomber sa tête avec force sur l'oreiller, trente, quarante fois, même plus de cent fois sans s'arrêter; une personne est obligée de suivre ces mouvements et de les aider dans leur reproduction régulière, autrement il survient aussitôt une roideur comme tétanique de tout le tronc, et la malade pousse des cris aigus jusqu'à ce que ses mouvements aient repris leur cours régulier et continu. Dans les intervalles de ces nouvelles crises, les petites détona-

tions que nous avons mentionnées plus haut se produisent tous les jours, et après elles seulement un moment de repos parfait ; mais les accès se renouvellent si fréquemment, qu'il fallait rester jour et nuit au chevet de cette pauvre enfant. Enfin, vers le milieu du mois d'août, à la suite d'un accès d'une extrême violence, qui ne s'arrêta pas de la journée, la malade rebomba épuisée, s'endormit profondément, et le lendemain matin les principaux phénomènes nerveux avaient cessé.

L'amaigrissement était considérable, la constipation extrême ; le ventre restait tendu, ballonné, douloureux à l'épigastre. Cependant l'appétit revenait peu à peu, les forces se rétablissaient progressivement. La tête ne souffrait presque plus ; puis, les évacuations alvines devinrent plus faciles et journalières ; le ventre prit un peu plus de souplesse, lorsque de violentes douleurs, s'étant renouvelées à la mâchoire supérieure, nous firent craindre une récurrence. La carie, qui avait attaqué presque toutes les dents supérieures, pouvait, en effet, se continuer aux racines qui restaient, et devenir, à notre avis, l'occasion d'une névralgie dentaire, puis raviver par suite cette névrose cérébrale tant redoutée. Je me déterminai donc à proposer l'extirpation de toutes les dents malades. La jeune fille se rendit avec empressement à cet avis et voulut que l'opération se fit tout de suite. J'enlevai successivement, à deux reprises, les racines des dents scisées. Cette opération fut prompte et facile et ne parut causer que peu de douleur ; mademoiselle Z. en manifesta même beaucoup de joie. Il y eut d'ailleurs immédiatement après un bien-être tellement remarquable, que nous eûmes la conviction d'avoir extirpé la véritable cause du mal. Les douleurs cessèrent en effet complètement ; la tête devint plus libre, l'appétit meilleur, le ventre plus souple et dans un état presque normal ; ce qui persista, ce fut le besoin fréquent de faire exécuter ces mouvements suivis des petits craquements dont nous avons déjà parlé.

Tous les autres symptômes s'atténuèrent progressivement

jusque vers le milieu du mois de février 1843, époque à laquelle mademoiselle Z... dut quitter Reims. Le voyage se passa très bien, et j'appris depuis que, pendant plusieurs mois, la santé de mademoiselle Z... avait continué de s'améliorer, et avait par là même se consolider d'une manière définitive. On devait donc espérer que la guérison était complète; nos prévisions ont été cruellement déçues, et je donnerai plus loin la suite de cette observation, que des renseignements ultérieurs, et aussi précis que possible, me permettent de compléter.

J'ai fait avec quelques détails l'histoire des phénomènes dont j'ai été témoin dans cette singulière névrose, dont peut-être on ne rencontrera pas de longtemps un second exemple, plutôt pour faire bien connaître ce fait si extraordinaire dans sa forme multiple et dans sa marche, que pour en déduire quelques données sur la conduite à tenir par le médecin, si un cas semblable se présentait à son observation.

Il est cependant à remarquer que dans le cours de cette bizarre affection, toutes les fois qu'une indication s'est présentée, et que l'on a cherché à y satisfaire par l'emploi d'une médication convenable en apparence, au lieu d'obtenir un soulagement ou une amélioration quelconque, il en est toujours résulté une exacerbation des symptômes que l'on voulait combattre. On éprouvait toujours un regret à la suite de l'administration d'un moyen thérapeutique quelconque, parce que, sous son influence, le symptôme s'aggravait, ou bien surgissait une nouvelle complication des crises.

Aussi, lorsque la famille de mademoiselle Z... voulut à son départ avoir mon avis sur ce qu'il y aurait à faire s'il survenait de nouveaux accès, je lui dis que j'étais convaincu que tous les moyens thérapeutiques d'une certaine énergie devaient être mis de côté, qu'il fallait se borner à l'emploi de simples boissons aqueuses, de quelques pédiluves tièdes et de lavements ordinaires, et laisser à la nature le soin de terminer ces crises par ses seuls efforts.

On verra plus tard que ces conseils n'ont pas été suivis, et qu'une dernière crise, combattue dès le principe par les moyens ordinaires et contre laquelle on s'est obstiné à suivre un système de médication, est arrivée à un tel degré d'intensité, qu'elle s'est terminée par la mort.

J'aurais pu parler encore d'un moyen fort innocent auquel nous avons eu recours. Nous avons appris qu'à Reims un malade avait présenté des symptômes ayant quelque analogie avec ceux qui se passaient sous nos yeux, et que l'on avait constaté chez ce malade la présence du fluide électrique en excès. On avait employé des conducteurs métalliques à l'aide desquels on était parvenu en peu de temps à débarrasser le malade de cette surcharge électrique, et à le guérir complètement. Nous essayâmes aussi l'application de ces mêmes agents conducteurs pendant assez longtemps, mais sans le moindre résultat. Enfin, j'avais pensé au magnétisme animal ; j'aurais voulu, en désespoir de cause, que mademoiselle Z... consentit à se faire magnétiser ; mais il fut impossible de l'y décider.

J'ai dit que mademoiselle Z... avait quitté Réthel vers le milieu du mois de février 1843, dans un état de santé aussi satisfaisant que possible, que pendant huit mois cette santé s'en était fait que se consolider, que par conséquent les parents étaient dans une sécurité parfaite, lorsqu'une rechute eut lieu au mois de novembre.

Elle s'était annoncée, comme à Réthel, par la perte de l'appétit et du sommeil, et par une vive céphalalgie. Un médecin fut appelé. Celui-ci, témoin pour la première fois de ces symptômes et croyant avoir affaire à une congestion cérébrale, fit d'abord une saignée générale, et appliqua ensuite des sangsues aux apophyses mastoïdes. Cette médication, sans soulager la tête, fut immédiatement suivie du développement successif de nouveaux accidents pareils à ceux que nous avons déjà décrits. Il se manifesta, en outre, un exanthème ayant tous les caractères de la rougeole, et auquel succéda une angine laryngée

avec fièvre intense, puis une ophthalmie qui fit perdre, pendant quinze jours, l'usage de la vue; les pulsations du cœur devinrent en même temps plus intenses que jamais. On ne put se déterminer à rester spectateurs oisifs de pareilles scènes, et l'on voulut agir, malgré nos avis et notre expérience. On s'adressa donc aux bains généraux, au laudanum à l'intérieur et en frictions sur la tête, à la teinture de digitale en lavements et en frictions sur la région précordiale, aux purgatifs salins, etc.; mais tout cela fut inutile. Les symptômes ne firent, au contraire, qu'augmenter d'intensité. Enfin, après dix mois, la violence des phénomènes nerveux avait été remplacée par une grande prostration; l'affaiblissement faisait des progrès. Ce fut à cette époque que M. E. m'écrivit pour me rendre compte de la situation de sa fille, et pour avoir mon avis sur des prescriptions nouvelles qui étaient faites. Je lui rappelai ce qui s'était passé antérieurement; les conventions que nous avions faites à son départ de Rethel; je lui dis que, dans mon opinion, toute médication active serait encore actuellement, comme par le passé, plus nuisible qu'utile, et devait par conséquent être rejetée. Ce conseil ne fut pas suivi; et cela se conçoit facilement. Quoi qu'il en soit, les phénomènes nerveux vinrent se concentrer sur la poitrine. Une toux d'une effrayante intensité se manifesta. Les accès duraient quelquefois un grand quart d'heure sans la moindre interruption, puis à leur suite la respiration paraissait complètement suspendue; le cou se gonflait; la face prenait une teinte violacée, la suffocation était imminente; puis les accès de toux sèche et nerveuse se renouvelaient, pour être encore suivis de ces menaces de suffocation; et cela continuait ainsi sans le plus léger intervalle de calme pendant deux mois entiers. On était arrivé au mois de janvier 1845; la crise durait depuis quinze mois, traversée par des accidents en apparence indépendants qui la compliquaient sans l'arrêter. On avait été forcé depuis longtemps de suspendre à peu près toute médication; il était d'ailleurs impossible à la malade de rien ingérer.

Un accablement extrême avait succédé à trois ou quatre violentes paroxysmes. Mademoiselle Z. ne pouvait exécuter aucun mouvement dans son lit, où elle se tenait les jambes contractées, couchée sur un côté du corps, et proférant constamment de légères plaintes.

Depuis longtemps il n'entrait plus dans l'estomac un atome de nourriture ; l'affaiblissement général fit de rapides progrès, la langue devenue épaisse, pouvait très-difficilement articuler quelques mots ; la vue s'obscurcit de plus en plus, et la vie ne se manifestait que par de faibles soupirs. Enfin, la malade expira le 1^{er} avril suivant, après dix-sept mois d'une dernière crise qui, par des transformations successives, m'avait pas laissé un instant de relâche ; la mort survint sans convulsions et presque sans agonie.

Nous nous demandons maintenant si la mort devait être le terme inévitable de cette singulière affection.

Résumons en peu de mots ce qui s'est passé depuis son début et pendant quatre années consécutives. Des crises nerveuses se manifestent à des intervalles irréguliers ; leur point de départ paraît toujours être le même, mais elles augmentent d'intensité et se compliquent de nouveaux phénomènes au fur et à mesure qu'elles se renouvellent. La première cède instantanément et comme par enchantement à la compression des artères carotides. Une année tout entière de calme lui succède. Des symptômes identiques en apparence se reproduisent, et résistent cette fois au moyen qui avait d'abord si bien réussi ; bien plus ils s'aggravent sous son influence. On vent alors mettre en usage une série de moyens thérapeutiques qui paraissent parfaitement indiqués ; ils échouent complètement, et semblent plutôt contribuer à aggraver les phénomènes morbides, quelquefois même à en produire de nouveaux. Puis, quand on a été forcé de renoncer à l'administration de toute espèce de médicament, ne sachant plus auquel s'adresser, les crises se terminent d'elles-mêmes au moment où le paroxysme paraît être arrivé à son plus

haut degré d'intensité, sans que l'on puisse dire qu'elles aient cédé à aucune influence; puis convalescence rapide, et bientôt rétablissement complet, mais passager. L'expérience m'avait donc démontré d'une manière évidente que la thérapeutique ordinaire était inapplicable à ce cas particulier, et devait être entièrement abandonnée. Je sais qu'il était fort difficile de le faire comprendre aux parents; et leurs sollicitations m'entraînaient souvent, malgré moi, à de nouvelles tentatives toujours suivies de revers; puis nous étions ramenés en quelque sorte à une expectation forcée. Il est résulté de là que dans les derniers accès dont j'ai été témoin, certains symptômes nouveaux, l'aggravation de quelques autres, m'ont paru, néanmoins, par notre médication même, en sorte qu'il est probable que ces accès eussent été moins violents et de moins longue durée, si dès le principe nous nous fussions bornés à une simple expectation. C'est dans ce sens que je m'en étais expliqué avec la famille lorsqu'elle quitta Reims.

Qu'arriva-t-il? Une rechûte à lieu. Le médecin nouveau ne peut croire à l'impuissance des remèdes qui lui paraissent réclamés, et tant d'évidence; les parents oublient mes recommandations, et espèrent que cette fois on réussira mieux. On entreprend donc un traitement actif: saignées, sangsues, bains, purgatifs, calmants, antispasmodiques, etc.; sont successivement employés. Eh bien, malgré tout cela, et même je crois pouvoir dire que, sous l'influence de ces moyens, les symptômes vont toujours en s'aggravant; on est donc obligé de s'arrêter; cependant on croit devoir continuer l'usage de la digitale et du laudanum. La crise marche toujours et se transforme jusqu'à l'épuisement complet. La faiblesse fait de rapides progrès, et la malade meurt. Cette terminaison ne pouvait-elle être conjurée par aucun autre moyen? en d'autres termes, cette maladie était-elle essentiellement et inévitablement mortelle? Je répondrai que j'en doute encore.

Si l'on cherche à remonter à la cause déterminante des phé-

nomènes si extraordinaires et si variés que nous avons décrits, n'est-on pas conduit à reconnaître l'action du fluide électrique dont le système nerveux paraît être en quelque sorte l'agent sécréteur et conducteur? Ces petites détonations dans les articulations, ces battements réguliers de la tête ou des jambes, dont le dernier était le plus fort avant qu'il y eût un intervalle de repos, ces divers phénomènes, dis-je, n'ont-ils pas une grande analogie, d'une part, avec les étincelles que l'on ferait sortir par l'approche d'une machine électrique en mouvement; d'autre part, avec la charge progressive d'une bouteille de Leyde se déchargeant d'elle-même lorsque le fluide y arrive en excès? Il est vrai que la présence de ce fluide n'a pas pu être mise en évidence chez la malade, même à l'aide des électromètres les plus sensibles; mais on peut le concevoir ici comme faisant partie intégrante des organes, et pouvant, à raison de ses modifications intimes, déterminer dans l'économie de puissantes perturbations.

J'en reviens encore au magnétisme animal, et je crois que s'il est doué d'une puissance quelconque, je crois, dis-je, que dans un cas semblable il pourrait être d'une utile application.

Nous avons, en effet, reconnu que tous les accès se sont terminés par un sommeil profond et prolongé, à la suite duquel la guérison était complète et presque instantanée. Si donc on avait pu, à l'aide des procédés magnétiques, déterminer ce sommeil, n'y a-t-il pas lieu d'espérer que l'on eût obtenu le même résultat?

Peut-être par ce moyen serait-on parvenu à abréger la durée des crises, à ne pas leur permettre d'arriver à un si haut degré de violence, et par suite à en prévenir le retour. Pour moi, je regretterai toujours que des essais dans ce sens n'aient pas pu être exécutés.

Médecine légale.

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

UN CAS D'IMBÉCILLITÉ

COMPLIQUÉE DE DÉLIRE MÉLANCOLIQUE.

VIOLENCES SUR DE JEUNES ENFANTS.

PAR M. H. GIRARD,

Médecin en chef, directeur de l'asile public d'aliénés d'Auxerre.

Historique.

Le nommé Gaumont (Louis), mendiant, habitant la commune de Voisines (arrondissement de Sens, département de l'Yonne), était signalé depuis longtemps comme s'étant livré à plusieurs reprises à des attouchements sur de jeunes enfants, lorsqu'il fut surpris, le 10 juillet 1849, en voie de fait. Immédiatement une instruction fut ouverte, et voici ce qu'elle constata :

Le 10 juillet 1849, vers deux heures de l'après-midi, les époux Juvernay, manouvriers à Voisines, quittèrent leur domicile où ils laissèrent seule la jeune Eugénie Juvernay leur fille, âgée de huit ans. Vers quatre heures, le sieur Gaumont, qu'on avait remarqué rôder depuis quelques jours autour de la maison, vint s'asseoir sur des fagots qui se trouvaient dans la cour des époux Juvernay. Il appela vers lui la jeune Eugénie occupée dans cette cour à cirer ses souliers. Quand cette enfant se fut approchée de lui, Gaumont lui dit : « Si tu veux que je te touche ton c..., je te donnerai un sou et des rubans quand tu passeras chez moi avec d'autres petites gamines. » L'enfant n'ayant rien répondu, Gaumont, dont la culotte était déboutonnée par de-

vant releva sa blouse et lui montra ses parties naturelles en même temps qu'il la rapprochait de lui en la prenant par la taille ; puis il glissa la main sous les jupons de cette enfant par une fente qui s'y trouvait, releva sa chemise et lui prit les parties. Quelqu'un passant dans la rue Eugénie Juvernay se sauva dans la maison tandis que Gaumont se hâta de rabâtrer sa blouse qu'il avait relevée au moment où l'enfant était venue à lui.

Quelques minutes après, Eugénie Juvernay étant revenue dans la cour pour y chercher la brosse avec laquelle elle brait ses souliers, retrouva à la même place le nommé Gaumont qui l'appela de nouveau ; puis sur sa demande elle se coucha à terre. Alors Gaumont, s'étant rapproché d'elle, se mit sur ses genoux, ayant les jambes de cette petite fille entre les siennes, lui releva ses jupons et porta la main vers ses organes génitaux en slap-prêtant à se coucher sur elle.

A ce moment la femme Jarlat, une voisine, qui travaillait devant sa porte, et qui avait été témoin de cette scène et de la première, s'étant avancée vers Gaumont, lui dit : « Vilain, qu'avez-vous fait là ! » A ces mots, Gaumont se retira tout confus et sans répondre.

Au retour de la femme Juvernay, la femme Jarlat lui raconta les attentats dont sa fille avait été victime.

Ce n'était pas la première fois que Gaumont s'adressait à la jeune Juvernay dans d'incriminables intentions.

Il y avait sept ou huit mois, Gaumont étant entré dans l'étable de la grand-mère de cette enfant ; l'y ayant trouvée, il l'avait engagée à lui montrer ses parties génitales ; sur son refus, il lui avait montré les siennes.

L'instruction judiciaire a également révélé qu'il y a cinq ou six ans, Gaumont avait emmené chez lui la jeune Joséphine Royer, idiote, alors âgée de neuf ou dix ans, et, après l'avoir mise sur son lit, avait joui d'elle. Cette jeune fille ajoute qu'il lui avait fait un mal affreux et qu'elle avait sa chemise pleine

de sang, Gaumont, pour apaiser ses éris, lui avait donné du pain et de la viande.

La mère de Joséphine Royer remarqua, au retour de sa fille, qui lui raconta l'attentat dont elle venait d'être victime, qu'elle avait les parties tout ensanglantées.

Enfin, au commencement de l'année 1848, Gaumont, ayant trouvé Joséphine Royer dans le bois de Voisines, l'avait couchée par terre, lui avait relevé les jupons et levé les jambes; puis, après lui avoir dit qu'elle avait un beau c..., que ça commençait à pousser, et après avoir ajouté : « Ma bonne Joséphine, je ne veux pas te faire de mal, » il avait joui d'elle malgré les cris perçants qu'elle poussait par suite du mal atroce qu'il lui faisait, selon sa déposition.

Gaumont nie, dit l'instruction, qu'il ait commis ces actes; il passe dans la commune pour être faible d'esprit; mais on le suppose coupable en considérant son langage, sa conduite et son interrogatoire. Et il doit comparaître devant la cour d'assises de l'Yonne, sous la prévention :

1^{re} D'avoir commis, le 10 juillet 1849, et volontairement, un attentat à la pudeur consommé sans violence sur la personne de la nommée Eugénie Juvernay. Crime prévu par l'article 331 du Code pénal.

2^o D'avoir, il y a moins de dix ans, commis un viol sur la nommée Joséphine Royer, alors âgée de moins de quinze ans accomplis.

3^o D'avoir, dans l'année 1848, commis un viol sur la personne de la nommée Joséphine Royer, alors âgée de moins de quinze ans accomplis.

Crimes prévus par l'article 332 du Code pénal.

Depuis son arrestation, Gaumont ayant fait naître à son égard, dans la prison, des soupçons de folie, j'ai été appelé par M. le procureur de la république pour lui adresser le rapport suivant sur l'état mental de cet homme.

Rapport.

Nous examinerons dans ce rapport :

1^o L'état de Gaumont avant les actes incriminés.

2^o Celui dans lequel il se trouvait pendant la perpétration de ces actes.

3^o Enfin son état après les actes incriminés.

Il est constaté par la déposition du maire de Voisines, étranger à la famille Gaumont, que ce malheureux « est en quelque sorte idiot. Cet homme, ajoute le maire, ne peut trouver sa vie qu'en mendiant ; il est incapable de tout travail, n'a pas assez d'intelligence pour bien comprendre ce qu'on peut faire ou non... Les commissions sont les seules choses auxquelles il soit propre. »

Il résulte encore de la déposition d'un autre témoin, du nommé Augustin Roilat, âgé de cinquante-six ans et garde champêtre à Voisines, que Gaumont est « imbécile. »

Enfin l'instruction elle-même constate que Gaumont passe dans la commune et paraît en effet être faible d'esprit.

Dès l'instant que l'accusation reconnaît un semblable fait, nous n'avons plus qu'à examiner jusqu'où pouvait aller cette faiblesse, et si elle est suffisante pour excuser le premier acte incriminé, qui date de six ans environ. Rien, dans le dossier de cet homme, ne pouvant éclairer notre jugement sur ce sujet, nous aurons recours à l'étude de l'organisme de Gaumont et aux manifestations de son intelligence.

En examinant la tête de cet homme, on est frappé du petit volume de son crâne ; on remarque en outre, sur la partie du cuir chevelu qui recouvre le front, deux traces de cicatrices provenant, à ce que dit le malade, de coups de pierres qu'il aurait reçus pendant son enfance ; il y a par conséquent plus de dix ans.

Les mains sont courtes, les doigts aplatis à leur extrémité ; la voûte palatine est ogivale ; la sensibilité tactile est émoussée,

l'ouïe dure ; il ne peut distinguer ni les couleurs, ni les odeurs, ni les saveurs. Dans la marche, les genoux sont à demi fléchis, les bras pendent le long du corps, les pieds sont écartés l'un de l'autre comme pour élargir la base de support. Il est gauche et maladroit.

L'articulation des mots est lente et difficile ; certaines lettres sont prononcées avec peine, particulièrement les *r*.

Gaumont ne sait ni lire, ni écrire, ni calculer au juste ce que valent plusieurs pièces de monnaie ; il compte sur ses doigts jusqu'à 20, mais ne peut dépasser ce nombre.

La mémoire est très faible, c'est avec difficulté qu'il se rappelle les faits les plus récents.

Il a les idées les plus simples et se rattachant aux objets les plus usuels, les autres lui sont complètement étrangères : ainsi il ne connaîtra pas un canif, une règle, une écritoire, mais il nommera une lanterne, des ciseaux, un pantalon, des sabots, une chemise, une blouse, etc. Il n'a aucune instruction ni éducation morale ou religieuse, il ne peut s'élever à aucune idée générale : ainsi il ignore les éléments de la constitution sociale, et ne sait pas même s'il y a un Dieu.

Quand on lui demande si voler, c'est mal ; si frapper sans motif, c'est mal, il répond que oui ; quand on lui demande encore pourquoi est-ce mal, il répond : « C'est parce que le monde me l'a dit. » Il est évident qu'il ne puise ni dans sa raison ni dans sa conscience le motif qui le fait agir, et qu'il suffit que d'autres personnes lui disent que voler et frapper sont bien pour qu'il se livrât sans scrupule à des actes semblables. Il ne sait pas, on ne lui a pas dit que mentir, c'était mal ; il ignore même ce que signifie cette expression. Lorsque on lui demande si c'est mal de se livrer à des actes immoraux sur de jeunes enfants d'un autre sexe que le sien, il répond avec un gros soupir que oui, qu'il l'a entendu dire. Sur la demande s'il recommencerait à commettre des actes contraires à la pudeur si on lui rendait sa liberté, il répond : « Ah ! si on le faisait, je veux bien qu'on me

coupe le cou si je recommençais. » Et en disant cela il fait le signe de se couper le cou. Cet homme comprend donc le motif de sa détention, et la crainte du châtiement ainsi que l'amour de la liberté lui arrachent la promesse d'être sage à l'avenir. Mais la volonté, chez lui, et la raison ont-elles été assez fortes pour prévenir les actes incriminés ?

Tout, dans l'examen de ce malheureux, tend à prouver le contraire.

Dès même, en effet, qu'il est l'instrument, le jouet de ses camarades et de ceux qui l'emploient; de même il devient, dans les circonstances un peu extraordinaires, le jouet, l'instrument de ses desirs et de ses passions. Or on sait que la salacité est l'apanage de l'idiotie, que les malheureux atteints de cette cruelle limite sont très portés à se livrer à des penchants solitaires, et qu'incapables de rechercher des personnes du même âge qu'eux ils choisissent, par faiblesse et par timidité, de jeunes enfants qui, par leurs facultés, se rapprochent de leur état. C'est ce qui est arrivé dans le cas présent et ce qui arrive dans des cas semblables à celui qui est soumis à mon appréciation.

Gaumont est dans un âge où les instincts génitaux sont puissants; tourmenté par ces desirs, il cherche à les satisfaire par les moyens qui se présentent à sa faible intelligence et qui sont à sa portée; et parmi ces moyens celui de séduire une enfant sans défense se présente à son imagination et il en use.

Sans énergie, sans spontanéité, il n'éprouve aucune affection pour ses semblables, dont il fuit la société, dont il est le jouet et dont il subit passivement la volonté.

Examinons maintenant quelles sont les circonstances qui se rapportent au dernier acte incriminé.

C'est dans une cour, en présence de tous les passants que Gaumont fait sa dernière proposition à la petite fille Juvenay, dans le propre domicile de la famille de cette enfant. Un homme qui aurait tout d'une intelligence un peu médiocre, aurait-il choisi un tel lieu pour commettre un acte si grave par ses con-

séquences? Le père de l'enfant, les voisins, l'enfant lui-même ne pouvaient-ils pas, ne devaient-ils pas le trahir?

En analysant l'existence morale de Gaumont, on est encore convaincu de son impuissance intellectuelle.

Quand un homme n'a pas les facultés mentales suffisantes pour être à même de pourvoir à son existence autrement que par la mendicité, peut-on raisonnablement le soupçonner d'être responsable de ses actes? La responsabilité suppose une série d'opérations intellectuelles sans l'exercice desquelles elle ne saurait avoir lieu. Ainsi : il faut d'abord connaître l'action qu'on va commettre, savoir si elle est répréhensible aux yeux de la conscience et de la loi, en délibérer les conséquences, se déterminer après les avoir pesées, avoir la puissance de vouloir ou de ne pas vouloir, afin d'agir librement.

Gaumont jouissait-il de ces avantages intellectuels? Il est évident que non. Car, sans infirmités musculaires, il n'a jamais pu s'astreindre à fixer suffisamment son attention pour apprendre un état, pour mener une vie régulière, pour se créer une existence normale, un intérieur, une famille. « Il n'était propre qu'à faire des commissions. » Or est-il nécessaire, pour être à même de faire des commissions, de jouir de facultés qui fondent la responsabilité morale? Certainement non. Un peu de mémoire, sans discernement, sans raisonnement, suffisent pour cela. Nous voyons tous les jours dans nos asiles des idiots même arriérés se livrer à ce genre d'exercices, et les habitants d'Auxerre peuvent voir eux-mêmes dans la ville plusieurs imbéciles qui s'acquittent fort bien de ce genre d'occupation. Bien spécifier ce qu'ils ont à faire, l'écrire ou le dire simplement suffit pour obtenir ce genre de services.

Mais, dira-t-on, comment concilier les qualités de probité qu'on dit appartenir à cet homme, avec le défaut de discernement qu'on lui suppose? S'il peut distinguer ce qui est mal de ce qui ne l'est pas, il a conscience du bien et du mal, et doit en être responsable. Ce raisonnement est spécieux, j'en conviens;

mais en y réfléchissant, et surtout en observant les imbéciles, on s'aperçoit qu'il faut établir une grande différence entre la moralité d'un acte et l'acte lui-même : ainsi on peut habituer un idiot à respecter le bien d'autrui sans lui faire comprendre la moralité qu'il y a dans cet esprit de conduite.

Cet homme, du reste, je le répète, n'a jamais pu non seulement apprendre à lire ni à écrire, mais pas même à travailler, ce qui dénote une impuissance radicale de l'intelligence.

L'état antérieur et congénial de Gaumont, sa situation physique et mentale, ainsi que les circonstances au milieu desquelles le dernier acte incriminé a été commis, prouvent donc avec évidence que Gaumont ne saurait en supporter la responsabilité morale.

Examinons maintenant la situation de cet homme après le dernier acte incriminé.

Nous avons visité Gaumont, conformément à l'invitation qui nous en a été faite par M. le procureur de la république, les 27 août et 15 septembre 1849.

Outre les signes physiques sus-mentionnés, que nous avons constatés dans ces deux visites, nous avons de plus pu observer un véritable délire mélancolique, enté sur son état habituel d'imbécillité et suite probable de son arrestation et de sa détention, puisque rien, dans le dossier, n'indique le délire avant cette date.

La physionomie, l'attitude exprimaient la crainte, la méfiance ; les idées étaient sans suite ; il y avait de l'inappétence, de la soif, des chaleurs d'entrailles, de la constipation.

La tête était chaude, les yeux brillaient d'un éclat inaccoutumé ; il était inquiet, agité, sans cesse en mouvement, et d'une loquacité mélancolique. Il accusait des illusions du goût et de l'odorat, des hallucinations de la vue et de l'ouïe ; *il était privé de sommeil*, comme me l'a affirmé plusieurs fois le gardien chef de la prison.

Cet état dénotait le délire mélancolique qui compliquait

l'imbecillité. Pouvait-il être simulé? La faiblesse d'esprit de Gaumont et l'insomnie bien constatée éloignent de la pensée toute idée de ce genre.

Le 2^e novembre, ce délire avait cessé, et l'état d'idiotie de Gaumont avait reparu tel qu'il existait habituellement avant sa réclusion.

En résumé, l'état antérieur et congénital de Gaumont, sa conduite dans l'acte incriminé, sa situation mentale après cet acte, prouvent d'une manière évidente qu'il ne saurait en subir la responsabilité, et qu'une maison d'aliénés est le seul asile qui convienne à la société pour se préserver des nouveaux écarts de cet infortuné et pour lui procurer un moyen d'existence que réclame la faiblesse de son esprit.

Etablissements d'aliénés.

DE L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE

DES MALADIES MENTALES

PAR

M. FALRET,

Médecin en chef de la première section des aliénés de la Salpêtrière.

SECONDE PARTIE (1).

Dans la première partie de ce mémoire, nous avons d'abord cherché à prouver que tous les médecins devaient posséder des connaissances spéciales sur les maladies mentales; nous avons ensuite signalé les divers cours cliniques tentés en France, en Angleterre et en Allemagne; enfin, nous avons examiné en détail les différents projets proposés par les auteurs dans le but de faire participer tous les médecins à l'observation clinique de l'aliénation mentale, sans danger pour les malades, et nous avons démontré que tous ces projets avaient l'inconvénient grave de trop restreindre l'enseignement, sans éviter l'écueil redouté de nuire au traitement des aliénés.

De cet examen approfondi nous avons conclu que le seul moyen de concilier une instruction suffisante pour les élèves avec le bien-être des aliénés, c'était de renoncer à tous ces projets timides et incomplets, d'entrer résolument dans une voie plus large, d'introduire les élèves dans les asiles mêmes des aliénés, en ne s'imposant d'autres bornes que celles qui sont

(1) Voir *Annales médico-psych.*, numéro de septembre 1847.

commandées naturellement par le respect dû à une si grande infortune, et par la spécialité des maladies mentales.

Mais cette conclusion n'est appuyée jusqu'à présent que sur des preuves négatives. Ce n'est pas assez d'avoir démontré la prééminence du mode de clinique que nous adoptons sur les divers plans proposés ou suivis par les auteurs; il est de la plus haute importance, pour la solution de la question qui nous occupe, de faire voir, par le raisonnement et par les faits, le peu de valeur des objections que font à ce mode d'enseignement des hommes justement influents sur l'opinion publique. Il faut joindre une démonstration directe à la démonstration indirecte qui a fait l'objet principal de la première partie de ce mémoire; il faut prouver théoriquement et pratiquement que la clinique faite dans l'enceinte même des grands établissements d'aliénés, incomparablement plus favorable à l'instruction, loin de présenter des inconvénients sérieux, offre au contraire des avantages pour le traitement des malades.

Dans tous les pays, les administrations en général et beaucoup de médecins recommandables se sont élevés contre les cours cliniques de médecine mentale faits dans l'intérieur même des asiles d'aliénés. Cette opposition, presque générale, ne doit pas nous étonner. Les obstacles qu'ont rencontrés les cliniques ordinaires de médecine dans les hôpitaux, à l'époque de leur fondation, devaient en effet faire pressentir les nombreux adversaires des cliniques de médecine mentale, parce qu'elles offrent réellement plus de difficultés d'exécution, et l'ont au premier abord redouter de plus grands dangers pour les malades que les cliniques ordinaires. Qu'a-t-on dit en effet et que peut-on dire contre celles-ci?

Les malades, disent les adversaires des cliniques ordinaires, sont mis en scène en devenant l'objet d'un examen public et cette impression pénible, jointe à la fatigue produite par les explorations du maître et des élèves, peut et doit quelquefois aggraver leur maladie; en outre, la clinique multiplie les occasions

de révéler aux malades la gravité de leur situation. Eh bien, ces craintes ne paraissent-elles pas avoir un plus haut degré de fondement, lorsqu'il est question d'une clinique de médecine mentale? Ceux, en effet, qui souffrent d'un mal physique sont disposés à répondre à toutes les questions du médecin, en songeant qu'une exploration médicale plus attentive peut exercer une influence favorable sur leur guérison; les aliénés, au contraire, ne se croient pas malades, et la vanité, comme la nature du mal, tend à perpétuer leur illusion à cet égard; ils se trouvent donc toujours en désaccord avec le médecin qui les interroge, et doivent s'irriter de l'examen qu'on leur impose par cela même qu'ils n'en conçoivent pas l'utilité.

Mais, ajoutent les adversaires, une clinique d'aliénés ne diffère pas seulement d'une clinique ordinaire par la gravité plus grande des mêmes inconvénients. On n'a pas seulement à craindre de blesser la dignité de l'homme, de causer aux malades de la peine, de l'irritation; cette clinique présente un danger tout spécial, celui d'agir sur la maladie elle-même, et ce danger est d'autant plus redoutable, que les influences résultant de la clinique sont du même ordre que la maladie mentale et ont leur source dans la même sphère d'activité. En faisant raconter en public à un aliéné tous les détails de son affection, qui révèlent ce qu'il y a de plus intime dans sa nature intellectuelle et morale, on ne s'expose pas seulement à blesser sa susceptibilité, on s'expose à l'accroissement de son désordre, et quelquefois on compromet sa guérison. Le débat se trouve donc ici engagé au cœur même du sujet; la clinique est accusée d'agir directement et d'une manière fâcheuse sur le traitement, sur la marche et sur la solution de la maladie.

La question des inconvénients d'une clinique d'aliénation mentale acquiert ainsi une grande importance. Considérons-la donc sous toutes ses faces, et réfutons les diverses objections de nos adversaires que nous venons de reproduire dans toute leur force. Nous montrerons d'abord que les craintes de nos antago-

nistes ne sont pas seulement exagérées, mais qu'elles manquent de base : ils ont raisonné comme si l'examen clinique devait avoir lieu chez des hommes possédant l'intégrité de leurs facultés intellectuelles et morales. Ils n'ont pas fait attention que les aliénés sont dans un rapport bien différent avec le monde extérieur, et par conséquent en reçoivent des influences très différentes. Nous ne nous bornerons pas à des considérations générales sur la manière d'être des aliénés vis-à-vis des circonstances extérieures et de la clinique en particulier ; nous transporterons le lecteur sur le terrain de la pratique, nous le ferons en quelque sorte assister à une revue clinique des diverses catégories d'aliénés, et si la représentation des faits est exacte, il aura pour juger la question les mêmes éléments que nous, et il décidera lui-même si les effets redoutés dérivent de l'observation. Ce travail étant exécuté d'une manière directe et pratique, nous répondrons à quelques objections que nous appelons indirectes. Enfin, nous terminerons ce mémoire par la description d'un cours clinique tel que nous cherchons à le réaliser depuis plusieurs années, et par l'exposé de précautions très simples qui permettent de concilier la plus grande instruction des élèves avec l'ordre de l'établissement, le bien-être des malades et des avantages précieux pour leur traitement.

Les cliniques de médecine mentale ont été attaquées à deux points de vue différents : au point de vue de l'introduction d'étrangers dans les asiles, et au point de vue de l'examen et de l'interrogatoire public des aliénés. Nous allons successivement envisager la question sous ces deux points de vue, en insistant toutefois beaucoup plus sur le second, qui est, à proprement parler, le véritable objet de la discussion. Parlons d'abord de l'introduction des étrangers dans les asiles.

Les adversaires des cliniques d'aliénation mentale ont accusé les visiteurs élèves de troubler l'isolement, de nuire à l'ordre de l'établissement, d'exciter les malades, et de faire naître chez eux, par le seul effet de leur présence, des impressions qui,

transfigurées par le délire, pouvaient donner un nouvel aliment à la maladie. En accusant les cliniques de fausser le principe de l'isolement des aliénés, on oublie que l'isolement, comme prescription de thérapeutique mentale, signifie éloignement des parents, des amis, des personnes anciennement connues, et non cessation de toute relation avec ses semblables. On conçoit très bien en effet, et l'expérience le prouve tous les jours, que la présence des parents, des personnes anciennement connues, irrite les aliénés et fomentent leur délire soit par des condescendances intempestives, soit par leurs reproches et par les raisonnements qu'ils opposent à leurs divagations, soit enfin par la puissance des souvenirs. Mais rien de tout cela précisément ne se trouve chez les visiteurs ordinaires et chez les élèves en particulier. La présence de ces visiteurs, au contraire, donne éveil ou satisfaction au sentiment le plus inhérent à la nature humaine, au sentiment de sociabilité. C'est, d'ailleurs, une distraction agréable dans un asile où tout est soumis à une règle sinon sévère, du moins uniforme. La curiosité peut être éveillée par un concours de visiteurs, et l'exercice de ce penchant si naturel donne presque la douce illusion de la liberté, témoigne au moins que tout commerce avec ses semblables n'est pas interrompu, en même temps qu'il captive l'intelligence mobile de quelques aliénés, rompt momentanément la fixité des préoccupations malades chez certains autres et produit chez un grand nombre la suspension du délire.

L'ordre de l'établissement n'a pas davantage à souffrir de la présence des élèves. Nous pouvons affirmer que les directeurs de Bicêtre et de la Salpêtrière, qui se sont succédé dans ces hospices depuis le premier cours d'Esquirol, ont tous, sans exception, dans leurs rapports au conseil général des hôpitaux, témoigné de l'ordre le plus complet pendant toute la durée des cours. Le raisonnement est, sur ce point, conforme à l'expérience. N'est-il pas facile de comprendre, en effet, que lorsque

les divers employés d'un établissement s'attendent à recevoir un grand concours de visiteurs, ils doivent s'appliquer d'une manière toute particulière à l'accomplissement de leurs devoirs? Ils agiraient ainsi de leur propre mouvement et dans leur intérêt commun; à plus forte raison, lorsque le médecin seconde leur impulsion naturelle par ses avis et par son exemple. Tout doit donc conspirer à un accroissement de zèle de chaque employé, et par conséquent d'ordre dans l'établissement, à moins qu'il n'y ait conflit entre le médecin et ses auxiliaires, et alors c'est la faute des hommes et non de l'institution.

On pourra dire et l'on a dit que les aliénés sont excités par la présence des visiteurs, et que les impressions qu'ils en reçoivent produisent chez eux mille écarts de jugement qui donnent une nouvelle intensité à la maladie. Sans doute les impressions deviennent souvent une source de délire; les facultés intellectuelles, en agissant sur elles, peuvent les faire prédominer outre mesure dans l'esprit des malades, ou leur faire subir mille transformations; car il est dans l'essence de cette maladie de s'augmenter, non seulement par les progrès des altérations physiques initiales et successives qui donnent l'aptitude à délirer, mais encore de s'accroître par l'action même des facultés intellectuelles et des sentiments; les premiers délires produits deviennent ainsi, par l'exercice même de la fonction, la source de délires secondaires, tertiaires, etc. Les impressions qui résultent de la présence des élèves peuvent donc, dans certains cas, donner lieu à des exacerbations du délire, produire de l'excitation ou des idées nouvelles qui n'auraient pas surgi sans cette circonstance; mais ne venons-nous pas de dire que ce mode de production du délire rentre dans la règle générale, et par conséquent, une autre circonstance quelconque, la présence des employés de l'établissement par exemple, aurait très probablement produit un effet analogue? Une impression nouvelle exerce donc rarement une influence défavorable sur la marche de la maladie; elle donne

lieu à une simple variation dans le délire, sans ajouter à sa gravité : tout se passe à la surface, le fond reste le même. Ajoutons que le délire s'augmente moins par les impressions actuelles que par les souvenirs et le travail de l'esprit sur les idées anciennement acquises. Faisons remarquer enfin que ces excitations, fort rares, sont très passagères, et que si la présence des auditeurs donnait lieu accidentellement à quelque excitation chez certains malades, le médecin pourrait presque toujours, par l'autorité de ses précédents comme par la solennité de son enseignement, détourner facilement ces orages tout éphémères et même les faire servir au profit des malades et à l'instruction des élèves.

Les considérations que nous venons de présenter suffisent, selon nous, pour prouver que les craintes conçues par les adversaires des cliniques relativement à la présence des visiteurs dans les asiles d'aliénés sont sans fondement. Ce qui a dû surtout contribuer à faire prévaloir ces craintes dans l'esprit de beaucoup de personnes et même des médecins, c'est le souvenir des abus commis sous ce rapport pendant tant de siècles. Il est arrivé dans cette question ce qui arrive habituellement, c'est que la réaction a dépassé la mesure convenable. Les aliénés étaient victimes de la curiosité publique : on en a conclu qu'il fallait interdire toute visite dans les établissements qui leur sont consacrés. Nos maîtres eux-mêmes, Pinel et Esquirol, nous ont inculqué ce principe; mais nous devons dire, pour marcher dignement sur leurs traces, que dans l'admission absolue de ce principe, ils ont été mus par le souvenir tout récent, par la vue même des scandales de ces visites processionnelles que le public faisait dans les asiles d'aliénés pour se donner le spectacle de leur folie. On conçoit très bien que le spectacle de semblables horreurs ait poussé à l'extrême la réaction de nos prédécesseurs; mais les observations ultérieures et la réflexion ont suffisamment prouvé que des visites, même nombreuses, faites avec décence, ne produisaient aucun mal actuel et avaient

l'immense avantage d'intéresser beaucoup de personnes à l'amélioration du sort des aliénés.

Les personnes qui redoutent si fortement les inconvénients d'un cortège de visiteurs dans un asile d'aliénés se font, d'ailleurs, une illusion complète : elles confondent des élèves ayant déjà des habitudes de gravité professionnelle, pleins de respect et de pitié pour l'infortuné et animés d'un sentiment de déférence pour le médecin, avec des visiteurs ordinaires qui, n'obéissant qu'à un mouvement de curiosité, viennent assister à un spectacle et manifestent bruyamment toutes les émotions que leur font éprouver les scènes quelquefois si grotesques d'un asile d'aliénés. Comment s'imaginer que des jeunes gens, dont la curiosité est toute scientifique, fassent courir aux malades les mêmes dangers que les visiteurs qui n'apportent que la raillerie et une curiosité indiscrete? Et d'ailleurs, s'il pouvait arriver que les jeunes gens s'oubliaient jusqu'à manifester des sentiments contraires à la dignité de l'homme et à l'ordre de l'établissement, n'est-il pas évident que le professeur empêcherait de paraître ces fâcheuses manifestations? Mais encore une fois, rien de semblable n'est arrivé pendant les cours cliniques. Pour ma part, j'ai toujours trouvé les élèves plutôt trop timides et trop réservés, et j'ai toujours éprouvé le besoin de les engager à se livrer à l'observation et non celui de les restreindre.

La présence des visiteurs élèves dans les asiles d'aliénés n'offre donc pas les inconvénients redoutés. En est-il de même de l'examen et de l'interrogatoire des malades?

En interrogeant publiquement les aliénés, et en racontant devant eux aux élèves toutes les phases de leur maladie, on peut redouter, nous l'avons déjà dit, deux ordres de dangers : d'un côté, on peut craindre de manquer au respect dû à la dignité de l'homme, de blesser ces malades, de leur être pénible; de l'autre, on peut craindre d'influencer défavorablement la marche de leur maladie, soit par suite de

ces sentiments pénibles, soit par les souvenirs ou les idées que peut faire naître chez eux la narration détaillée de leur affection. En résumé, disent les adversaires, dans une clinique on s'expose à blesser les aliénés comme hommes, à leur nuire comme malades.

Pour répondre à des objections aussi graves avec toute l'étendue qu'elles méritent, nous allons d'abord montrer que ces craintes, légitimes en apparence, ne sont nullement fondées en réalité, parce qu'elles reposent sur la connaissance de l'homme normal et non sur celle de l'aliéné. Ensuite, nous mettrons sous les yeux du lecteur les faits eux-mêmes tels qu'on les constate dans les asiles d'aliénés, et nous ferons sentir, par l'appréciation de chacun d'eux, comment l'innocuité de la clinique ressort avec évidence du caractère même de la maladie et c'est là le seul mode de réfutation vraiment pratique.

On a de la peine, en parlant des aliénés, à s'affranchir des idées que l'on s'est faites de l'homme en général. Les médecins, même spécialistes, se laissent trop souvent entraîner à conclure de la physiologie à la pathologie. Sans doute, les aliénés présentent beaucoup de points communs avec l'homme sain d'esprit, et, quels que soient la variété et le degré d'intensité de leur délire, ils conservent toujours plusieurs des caractères de l'humanité; sans doute il en est parmi eux qui, par suite du peu d'étendue de leur délire, de son invasion récente ou de son intermittence passagère ou prolongée, se rapprochent presque complètement de l'état sain; mais il n'en est pas moins vrai que les aliénés, considérés en masse, présentent quelques caractères généraux, communs à tous ou du moins au plus grand nombre, qui posent une ligne de démarcation tranchée entre eux et les hommes jouissant de la plénitude de leur raison. Eh bien, ces caractères, peu nombreux il est vrai, puisqu'ils doivent s'appliquer à des êtres au moins aussi divers que le sont les hommes dans l'état normal, sont néanmoins assez fortement marqués pour pouvoir être formulés brièvement et faire sentir immé-

datement la distance qui sépare l'aliéné de l'homme sain et, par conséquent, la différence qui doit exister dans leur mode respectif de réaction vis-à-vis du monde extérieur. Ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans tous les détails propres à élucider cette question ; il nous suffira de signaler les différences capitales entre l'aliéné et l'homme sain d'esprit, pour en tirer les conséquences relatives à la clinique des maladies mentales.

Quels sont donc ces caractères généraux de l'aliénation mentale ?

Voici le premier de ces caractères :

Par suite du changement qui s'est produit dans sa nature intellectuelle et morale, l'aliéné est en désaccord avec les choses extérieures et tout lui apparaît sous un aspect nouveau ; il voit tout à travers le prisme de son délire ; d'abord il s'étonne et souvent il s'en afflige ; plus tard, l'intensité croissante du mal fait prédominer le monde d'idées nouvelles sur le monde ancien ; les fausses perceptions, les fausses interprétations des choses extérieures ont lieu à l'insu même des malades ; la folie est alors confirmée. Comme preuve de cette impression nouvelle que fait tout le monde extérieur sur l'aliéné, nous n'avons besoin de citer ici qu'un seul fait constaté par tous les spécialistes, c'est l'impression de bonheur et d'étonnement tout à la fois qu'éprouvent les convalescents lorsqu'ils reviennent à la raison : tout leur paraît changé autour d'eux ; et ils voient en quelque sorte les mêmes objets avec des yeux différents.

Un second caractère de l'aliénation mentale, c'est la concentration du malade dans son monde intérieur. L'aliéné se complait ou s'absorbe dans ce qui constitue son délire, se replie sur lui-même, reste comme étranger à ce qui l'environne et ne s'en aperçoit en quelque sorte que par distraction ou sous l'influence d'une action violente des objets extérieurs. Cette vie intérieure, substituée à la vie du dehors, est tout à la fois un des caractères fondamentaux de l'aliénation et l'inverse de ce qui a lieu dans

l'état normal. Les observateurs de l'homme savent en effet que ses tendances sont vers l'extérieur, vers le monde des impressions, que peu d'hommes sont enclins à se concentrer dans le monde intérieur, que peu de personnes en ont la force, et que lorsque infidèles aux lois de leur nature, ils font prédominer l'intérieur sur l'extérieur, leur raison est exposée à s'altérer ou l'est déjà plus ou moins complètement. Pour prouver la vérité de ce caractère de l'aliénation, vérité d'ailleurs évidente pour tous ceux qui ont observé des aliénés, bornons-nous à citer ici une observation très propre à en montrer la généralité : nous voulons parler de l'entrée comparative de plusieurs étrangers dans un atelier composé d'aliénés et dans un atelier de personnes bien portantes. L'observation la plus répétée prouve que, dans ce dernier cas, tous les yeux se portent en même temps sur les visiteurs qui produisent une distraction générale, tandis que, dans le premier cas, cet effet de diversion générale est loin d'avoir lieu ; la curiosité n'émeut qu'un très petit nombre de travailleurs ; le plus grand nombre d'entre eux reste immobile, ou si leur vue s'est portée instinctivement sur les visiteurs, elle en est bientôt détournée ; car le monde fantastique dans lequel ils vivent les entraîne bien plus fortement que des circonstances extérieures aussi indifférentes.

Le troisième caractère de l'aliéné est une conséquence naturelle du précédent. La vie intérieure dans laquelle il est concentré doit rompre nécessairement chez lui tous les liens avec ses semblables ; l'aliéné, changé dans le mode de ses perceptions, subjugué par les idées malades, et dont les sentiments ont reçu une atteinte grave, ne peut plus entretenir ses rapports habituels avec ses parents, ses amis, avec l'homme enfin ; il n'éprouve plus le besoin de communiquer avec eux, et lorsqu'on l'y contraint, il les blesse, il en est blessé ; en un mot, il manque de sociabilité.

Ces trois caractères, que nous venons d'énumérer comme se rencontrant dans toute aliénation, savoir : fausse appré-

ciation des choses du dehors, prédominance de la vie intérieure, défaut de sociabilité, sont étroitement enchaînés, se commandent en quelque sorte l'un l'autre, et ne font qu'exprimer le changement de rapports entre l'aliéné et le monde extérieur; mais nous avons cru nécessaire de faire pénétrer l'analyse dans cette synthèse pour rendre plus sensibles les principes de la physiologie de l'homme aliéné.

Nous n'avons qu'à indiquer ici ces principes; leur simple énoncé suffit pour faire apercevoir les conséquences que nous voulons en tirer relativement à la solution de la question qui nous occupe. Les médecins et, en général, les adversaires des cliniques d'aliénés ont eu le tort de négliger ces caractères; ils ont parlé des aliénés comme ils auraient parlé des hommes raisonnables, et dès lors ils n'ont pas eu de peine à prouver à leurs lecteurs que ces malades devaient être blessés, irrités, péniblement affectés de tous les faits qui constituent une clinique. Il est certain que chez des individus sains d'esprit, des investigations de cette nature auraient souvent de fâcheux résultats; on conçoit que ce serait souvent les soumettre à une torture morale que de les contraindre à révéler leurs pensées les plus intimes, leurs sentiments les plus secrets; il est également évident que ce serait s'exposer à les irriter, à provoquer des injures et des actes violents que de faire devant eux le récit de leurs erreurs, de discuter sur leurs mauvais sentiments. Nul doute que s'il y avait parité, sous ce rapport, entre les aliénés et les personnes saines d'esprit, l'observation clinique, telle que nous l'entendons, deviendrait difficile. Eh bien, c'est ce point de vue erroné auquel se sont placés nos adversaires, que nous avons voulu rectifier tout d'abord, en exposant brièvement les caractères généraux qui, selon nous, distinguent l'aliéné de l'homme sain. S'il est vrai que les aliénés sont différemment impressionnés par le monde extérieur, n'en résulte-t-il pas qu'ils doivent être également influencés d'une

manière différente, par la clinique qui fait partie de ce monde extérieur?

On peut grouper, au point de vue de la clinique, tous les aliénés en trois catégories principales : les uns s'offrent d'eux-mêmes à l'observation, soit par l'effet de leur maladie qui les pousse irrésistiblement à se manifester, soit par suite du plaisir qu'ils éprouvent à se mettre en scène, à parler de leurs idées, de leurs dignités ou de leurs persécutions imaginaires; les autres, fortement préoccupés, concentrés dans l'objet de leur délire, ne le font connaître que lorsqu'ils y sont sollicités; mais par cela même, qu'ils s'en occupent constamment, et que, par attrait ou malgré eux, ils y sont invinciblement attachés, ils ne peuvent, en général, éprouver aucune répugnance à le manifester, et cette manifestation ne saurait leur être nuisible. Les autres, enfin, sont trop troublés ou trop faibles d'intelligence pour être blessés des questions qui leur sont adressées, ou pour en être influencés défavorablement; et cependant ils ont une conscience assez précise et assez nette de ce qui se passe en eux pour le raconter exactement lorsqu'on les interroge. Ainsi, donc, d'une manière générale, ou bien les aliénés sont trop malades pour se rendre compte de leur position vis-à-vis du professeur et des élèves; ou bien, lorsqu'ils s'en rendent compte (ce qui est, il faut l'avouer, le cas le plus fréquent), ils parlent sans peine, et par conséquent sans danger, de ce qui fait l'objet de leurs préoccupations habituelles, et souvent même ils sont satisfaits de trouver des personnes désireuses de les écouter.

Ce simple aperçu général suffit déjà pour faire pressentir les différences qui existent entre les aliénés et les hommes jouissant de l'intégrité de leur raison, au point de vue de l'interrogatoire public. L'examen pratique auquel nous nous livrerons tout à l'heure donnera, nous l'espérons, à ces assertions toute la force d'une démonstration; mais, auparavant disons quelques mots

d'une objection qui se présente naturellement à l'esprit et qui est applicable à toutes les catégories d'aliénés.

Une conséquence presque inévitable de l'interrogatoire des malades c'est de leur donner l'idée qu'ils sont aliénés et quelquefois de le leur dire d'une manière plus ou moins détournée, plus ou moins explicite. N'est-il pas à craindre, dira-t-on, que l'expression de ce fait ne les blesse, ne les affecte péniblement, et partant n'ait une influence fâcheuse sur la marche de leur maladie ? A cela nous répondrons : la folie n'est pas, en général, une maladie dont l'invasion soit subite ; et comme ses principaux caractères, ses signes essentiels témoignent du trouble de l'intelligence et du changement de caractère, les aliénés ont souvent entendu leurs proches et leurs amis s'étonner, s'affliger de ces changements et faire de longs raisonnements pour leur montrer le désordre de leurs idées et de leurs sentiments. Nous ajouterons que ces malades eux-mêmes, témoins dans leur for intérieur de ces changements, de ces situations si contraires à leur état habituel, ne sont pas restés tranquilles spectateurs du naufrage de leur raison, que plusieurs fois ils ont eu conscience de l'envahissement du délire, du délire lui-même. Les aliénés sont donc ainsi bien préparés par tous les précédents à ne pas être trop impressionnés du langage du médecin et de l'énoncé de son jugement sur l'existence de la folie. Disons d'ailleurs que, loin d'être un danger de la clinique, c'est là un de ses avantages pour les médecins spécialistes qui, comme nous, ont adopté le principe de dire aux malades la nature de leur maladie et de s'établir à leurs yeux le médecin chargé de leur donner des soins. Sans doute, on ne dit pas à tous cette triste vérité de la même manière : on saisit une occasion favorable et l'on modifie les expressions, selon mille circonstances, selon la susceptibilité des malades, leur orgueil, le degré de trouble de leur intelligence et le caractère même de ce désordre ; mais enfin, sous une forme ou sous une autre, le médecin qui les traite leur a déjà dit plu-

sieurs fois qu'ils étaient délirants; et par conséquent le danger ne saurait être grand lorsqu'il le leur dit une fois de plus en présence des élèves. Nous sommes partisan de ce principe, parce qu'alors les rapports avec les malades sont établis sur des bases réelles, qu'on n'est pas obligé de recourir à des réticences, à des ambiguïtés, à des équivoques, et que la conduite du médecin a ainsi toute la netteté, toute la franchise capable d'influencer efficacement les aliénés. Nous sommes partisan de ce principe, parce qu'il fait appel aux forces des aliénés pour combattre leur maladie et leur donne un point d'appui dans leur for intérieur pour triompher de leur délire. Que faisons-nous autre chose, dans l'application de tous les principes de traitement des aliénés, que de placer ces infortunés dans les conditions les plus favorables à leur rétablissement? Quelle condition plus précieuse que de faire tourner au profit de leur guérison l'activité de leurs facultés qu'ils emploient maladivement à fomenter leur délire?

Il résulte déjà des considérations générales auxquelles nous venons de nous livrer, que les aliénés doivent se manifester plus facilement, être moins émus par l'interrogatoire public, moins révoltés à l'idée de passer pour aliénés, et, par conséquent, doivent être moins défavorablement influencés par les divers faits qui composent une clinique, qu'on ne le supposerait au premier abord en se basant sur la connaissance de l'homme à l'état normal. Mais ces considérations sont trop générales pour porter la conviction dans tous les esprits. Il convient donc de se transporter davantage sur le terrain de la pratique, et d'examiner avec soin quelle est sur chaque espèce d'aliénés l'action de la clinique et en quoi elle peut leur être pénible, nuisible ou avantageuse. C'est ce que nous allons faire maintenant en passant successivement en revue les aliénés chroniques voisins de la démence, les maniaques et les malades atteints d'aliénation partielle.

Quelle influence pénible ou fâcheuse la clinique peut-elle

exercer sur les aliénés qui sont parvenus à un degré avancé de chronicité, et dont les facultés intellectuelles et morales sont tout à la fois affaiblies, restreintes et désordonnées? Ce sont les malades les mieux façonnés à l'ordre de l'établissement et dont on dispose le plus facilement pour les exercices auxquels on veut les soumettre; par cela même ils donnent à l'enseignement clinique le contingent qui leur est demandé, avec une constante docilité. Ces malades peuvent, en général, être interrogés sans danger, les uns parce qu'ils ne comprennent pas pourquoi on les interroge, les autres parce qu'ils oublient presque immédiatement les paroles qu'on leur adresse, comme leurs propres pensées. Les déments ont donc trop de débilité intellectuelle et trop d'insensibilité morale pour être péniblement affectés de la présence de visiteurs déferents pour leur malheur, ou des questions du professeur qui connaît si bien leur situation et dont le devoir est de soulager leur misère quand il ne peut parvenir à les guérir. Nous n'avons donc pas à insister longuement sur cet ordre de malades: passons aux maniaques.

Dans l'ordre régulier de nos facultés, nous avons la possibilité de donner à chacune de nos impressions, à chacun de nos souvenirs, aux associations d'idées qu'ils entraînent, le degré de fixité qui permet de les apprécier et d'en tirer des conséquences. Le maniaque, au contraire, est privé de cette faculté; il est le jouet de ses impressions actuelles comme de ses idées anciennement acquises; il ne lui est pas possible de les maintenir assez longtemps présentes à l'esprit pour les peser et en déterminer la justesse ou la fausseté; les impressions et les idées surgissent si vives, si animées, si nombreuses, qu'elles échappent à toute règle et à toute combinaison. Eh bien, je le demande, ces malades n'éprouvent-ils pas trop d'exaltation dans leurs souvenirs, dans leurs impressions, et ce mouvement n'est-il pas trop rapide pour qu'ils soient fortement et surtout péniblement impressionnés par toutes les circonstances d'un cours

clinique. Ce n'est pour eux qu'une impression fugitive ajoutée à tant d'autres; et si parfois il arrivait qu'ils en fussent un instant captivés, ce serait certainement un grand bien, parce que ce serait un point d'arrêt au désordre de leur intelligence, et que ce point d'arrêt pourrait être le commencement d'une rémission salutaire.

Quoique les maniaques présentent entre eux des différences fondamentales qui mériteraient de fixer l'attention au point de vue d'une classification vraiment scientifique, les caractères communs que nous venons de signaler les rapprochent tellement les uns des autres, au point de vue de l'influence de la clinique qui seule nous occupe en ce moment, qu'ils suffisent parfaitement pour faire sentir son innocuité complète à l'égard de cette espèce de malades. Nous dirons seulement quelques mots d'une forme particulière de délire général que nous appelons l'exaltation maniaque.

C'est un état particulier qui a certainement de grandes analogies avec la manie, mais qui en diffère sous beaucoup de rapports. La manie réunit à la suractivité des facultés intellectuelles et affectives un désordre apparent aux yeux les moins exercés; l'exaltation maniaque, au contraire, ne présente pas de véritable désordre; elle consiste dans une simple suractivité des facultés : les idées sont plus rapides, les souvenirs plus vifs et plus nombreux, les impressions actuelles plus animées et les émotions plus fortes. Les exaltés maniaques sont pleins d'esprit et d'originalité; ils en ont souvent plus que dans l'état normal, et s'ils sont malades sous le rapport des idées, c'est surtout parce qu'ils les laissent se manifester sans contrôle, et parce qu'ils ont perdu le pouvoir de réfréner leur spontanéité. L'analogie entre ces deux états réside dans les actions : les uns et les autres se livrent à des actes qui dénotent une perturbation très grande dans l'intelligence, actes tout à fait étrangers à leurs habitudes et à l'homme sain d'esprit; mais le mode d'exécution des mêmes actes témoigne encore de la différence qui

existe entre l'état mental des uns et des autres : les exaltés maniaques y apportent une volonté forte et des combinaisons d'idées qui ne sauraient exister chez les véritables maniaques. Ce parallèle suffit pour prouver que les exaltés maniaques sont loin d'être réfractaires à la clinique ; l'activité de leurs facultés a besoin d'exercice, et ce besoin demande impérieusement à être satisfait ; il se manifesterait dans la solitude comme en public : la clinique en fait son profit, sans ajouter à sa vivacité, car l'impulsion de ces malades est en quelque sorte empreinte de fatalité ; quelquefois même la direction nouvelle donnée à leurs idées par le professeur et par la présence des élèves les captive momentanément, et ce repos est un grand bienfait pour un esprit qui se consume dans un travail incessant.

Il nous reste maintenant à examiner les aliénés atteints de délire partiel, qui certainement sont en majorité dans les asiles, et qui paraissent au premier abord devoir être influencés d'une manière fâcheuse par un cours clinique. Mais ici encore les apparences sont trompeuses : par cela même qu'ils sont aliénés, ils diffèrent des autres hommes sous le rapport de l'intelligence et de la sensibilité, et par conséquent on aurait tort de conclure du seul fait de leur délire borné, qu'ils doivent apprécier comme le ferait un homme sain d'esprit, les divers faits qui composent une clinique.

On s' imagine trop que les aliénés à délire partiel n'ont qu'une idée erronée ou un sentiment exclusif implantés dans une nature intellectuelle et morale tout à fait saine ; la réflexion sur les facultés intellectuelles et affectives et l'observation directe des prétendus monomanes prouvent cependant surabondamment que c'est là une erreur, et une erreur qui, selon nous, a les conséquences les plus graves. Pour ne parler que de l'observation directe, elle apprend tous les jours qu'au délire prédominant se joignent d'autres délires très différents, ou des illusions et des hallucinations qui peuvent n'avoir aucun rap-

port avec le délire principal; qu'il y a chez la plupart de ces malades une aptitude singulière à délirer: l'observation directe démontre qu'un délire prédominant se joint souvent une lenteur très grande ou une rapidité excessive dans le mouvement des idées, une grande confusion et d'autres phénomènes généraux qui échappent ordinairement à l'attention des médecins trop habitués à voir toute la maladie dans le délire dominant. On ne voit pas que s'il en était ainsi, il n'y aurait souvent aucune différence entre un monomane et un homme doué de grandes et belles conceptions ou subjugué par une passion exclusive. La vérité est que l'idée dominante des monomanes est le relief de l'affection mentale, et que le fond de la maladie réside dans l'état général dont je parle, rendu quelquefois sensible à tous les yeux par une grande rapidité dans la succession des idées, par de l'excitation et quelquefois même par un véritable accès de manie. La clinique est donc facilitée dans l'aliénation partielle par l'étendue du délire, plus grande qu'on ne le pense généralement; mais elle l'est aussi par la nature même de ce délire. Très souvent les malades sont entraînés, par le caractère de leur affection, à révéler ce qui se passe dans leur esprit: les uns aiment à proclamer qu'ils sont revêtus des plus hautes dignités, qu'ils ont reçu des missions divines; les autres, se croyant en butte aux persécutions les plus abominables, exhalent spontanément les plaintes les plus amères contre la police, contre les magnétiseurs, les physiciens, ou contre de prétendus invisibles qui leur font sans cesse entendre les paroles les plus grossières et les plus injurieuses.

Ces considérations générales prouvent déjà que l'interrogatoire des aliénés atteints de délire partiel ne présente pas les dangers qu'on lui suppose: d'abord, parce qu'ils se plaisent à raconter leur délire, leurs idées dominantes, et ensuite, parce qu'à raison des phénomènes généraux qu'ils présentent, ils sont pleins de contrastes, d'oppositions d'idées et de sentiments, d'inconséquences, et le plus souvent faciles à apaiser, lorsque leur susceptibilité a reçu quelque atteinte. L'examen détaillé

des diverses espèces de délire partiel va donner une nouvelle force à cette démonstration. *Commençons par les malades qui sont sur la limite du délire général et du délire partiel.* Ce ne sont pas ces malades, tourmentés d'un besoin incessant de parler ou dans un état de paroxysme, qui pourront recevoir de la clinique une influence fâcheuse; ils viendront naturellement se présenter à l'observation, et le médecin-professeur tout en mettant à profit les manifestations si spontanées de leur délire, saura également profiter d'une circonstance aussi favorable pour remplir une indication thérapeutique; ses remarques seront d'autant mieux senties et il pourra d'autant plus facilement comprimer l'élan maladif de leurs pensées et de leurs sentiments, que son autorité sera rendue plus grande par la présence d'un grand nombre d'auditeurs. Les aliénés remarquables par les idées d'orgueil et de grandeur sont tout à fait dans le même cas: ils vont au-devant de l'observateur et de l'observation, et le professeur a les mêmes avantages pour les investigations, les mêmes occasions de faire un traitement moral fructueux. Parmi ces malades, il en est cependant quelques uns qui aiment à se tenir à l'écart, qui craignent en quelque sorte de profaner leurs grandeurs chimiques, en se confondant avec le vulgaire. Ces aliénés doivent être abordés franchement avec tous les égards de la politesse, et souvent, sans rien dire qui puisse exalter leur délire d'orgueil, on obtient les réponses désirées, tant ils sont satisfaits qu'on les ait distingués au milieu des autres aliénés pour leur adresser la parole. Il en est de même, pour des raisons opposées, des malades timides, réservés, pleins d'humilité: ils répondent volontiers aux questions qui leur sont faites comme s'ils étaient reconnaissants de la peine qu'on leur évite, en rendant leurs réponses plus faciles, par des demandes faites avec abandon et bienveillance. Cette communication du professeur et des élèves avec

les malades timides, circonspects et humbles, qui d'abord a produit une émotion de surprise, prend bientôt un autre caractère : les sentiments de bienveillance, de gratitude sont éveillés ; ils se trouvent élevés par ces entretiens ; ils sentent mieux leur dignité alors qu'ils se voient l'objet d'une attention particulière ; ils prennent confiance en eux-mêmes, et cette disposition est précisément celle que le médecin praticien doit désirer substituer à leur disposition malade, afin qu'une réaction intérieure s'établisse et leur permette de lutter avec avantage contre leurs idées de crainte, de défiance et d'humilité excessives.

Il est une classe d'aliénés, bien malheureux, parce qu'ils se croient l'objet d'accusations graves et quelquefois épouvantables ; ces idées, une fois introduites dans leur esprit, soit comme conception délirante, soit par suite de fausses interprétations ou d'hallucinations, les jettent dans une anxiété inexprimable. Sous ces influences, ils restent dans un abattement moral profond, état qu'on a souvent confondu avec l'idiotisme accidentel, ou sont dans une mobilité incessante qui les entraîne à plaider leur cause devant tout le monde pour prouver leur innocence. Dans les deux cas, l'observation médicale ne présente ni difficultés, ni inconvénients. Dans les cas où ces malades sont dans la stupeur mélancolique, il est évident que la présence des élèves ne saurait leur être nuisible ; ceux-ci n'ont qu'à constater l'immobilité, l'expression de la physionomie, le mutisme et l'état des divers organes, en renvoyant aux périodes de remis-

sion ou de convalescence l'étude des phénomènes psychiques que les malades seuls peuvent révéler, mais qu'ils révèlent d'autant mieux, qu'on est plus à même par ses observations de leur rappeler la situation dans laquelle ils se trouvaient. Lorsque les malades de ce genre, au contraire, sont poussés à se plaindre de la fausseté des accusations dont ils se croient les victimes, ils mettent l'observateur dans les meilleures conditions pour saisir les manifestations de leur délire ; il n'a qu'à leur prêter

attention avec l'expression de l'intérêt et à noter les caractères de leur affection. Ajoutons que la nature du délire permet aux élèves de partager les idées d'innocence que les malades cherchent à faire prévaloir, sans flatter leurs croyances erronées; les entretiens des élèves peuvent donc, dans ces cas particuliers, apporter du calme dans l'esprit des aliénés, et agir ainsi favorablement sur la marche de leur maladie.

Voici des aliénés convaincus qu'on met du poison dans leurs boissons, dans leurs aliments : on croirait que cette conviction doit les irriter violemment, les absorber et les rendre inabordable; il n'en est rien : ils éprouvent un besoin indicible de raconter toutes les tentatives d'empoisonnement dont ils ont été les victimes, ils n'oublient aucun des détails qui, dans leur esprit, se rattachent à ces funestes tentatives; ils racontent comment ils y ont résisté; enfin, on connaît toute leur situation intellectuelle et morale, sans que le professeur et les élèves aient eu besoin de leur faire la moindre question. On leur adresse la parole pour les féliciter d'avoir résisté à tant de pénibles douleurs, et la confiance qu'on éveille en eux dans leur puissance de réaction va droit au but que doit se proposer le meilleur traitement; elle amortit l'idée de crainte de poison, et par cela même en affaiblit, en atténue la croyance, de telle sorte que, chez cette classe de malades encore, les élèves ont pu tout à la fois constater les manifestations morbides, et concourir à l'heureuse issue de la maladie, bien loin d'en contrarier la marche.

Vient-on observer les aliénés dont les préoccupations habituelles sont des idées mystiques ? Les difficultés peuvent être grandes, les idées qui préoccupent ces malades laissant peu de place à l'intervention d'idées ou d'impressions différentes; mais ces difficultés sont moins grandes qu'on ne le suppose, parce qu'à tout délire exclusif se joint toujours beaucoup de confusion, d'inconséquence et d'imprévoyance. La forme du délire mystique établit d'ailleurs de grandes différences entre ces

aliénés. Si leur délire religieux est doux, contemplatif, ou s'il se passe dans des pratiques qui n'ont que Dieu pour objet et pour témoin, vous pouvez obtenir de ces malades toutes les confidences nécessaires à la réalisation d'un cours clinique, et

les relations des élèves avec eux ne peuvent qu'opérer une diversion salutaire, sans leur faire courir le moindre danger.

Dans le cas où le délire mystique se traduit par l'idée d'une mission divine à remplir, si les malades, enthousiastes de cette mission, cherchent à propager leurs idées, à faire des prosélytes, il est probable qu'alors ils n'écouteront que la puissance d'en haut dont ils relèvent, et négligeront de répondre aux questions que vous leur adresserez. Mais qu'a-t-on besoin de leur adresser des questions? N'ont-ils pas pour mission de vous

convaincre, de vous persuader, et par cela même ne se révèlent-ils pas de la manière la plus manifeste, la plus énergique? Sans

doute, l'action du professeur et des élèves sur de tels malades ne peut être immédiate, mais les témoignages de sympathie exprimés de manière à ne pas paraître des hommages d'adhésion à leur idée dominante appellent l'esprit du malade sur les rapports de l'homme avec l'homme, et suspendent, un moment du moins, les rapports de l'homme avec Dieu qui ont acquis une

prédominance démesurée. Dans le cas enfin où les aliénés mystiques se croient réprochés par la Divinité, réservés aux tortures de l'enfer, ou déjà même en possession du démon, quel mal peut produire sur leur esprit la présence des élèves? Toute leur sensibilité est accaparée par leurs tristes idées; tout ce

qui les entoure ne saurait les émouvoir: le sentiment religieux, une fois maître de l'esprit de l'homme, n'admet guère de partage; l'inconséquence seule peut laisser pénétrer des

idées différentes, et d'ailleurs le désir le plus vif du médecin appelé à traiter ce genre de malades ne doit-il pas être de multiplier les impressions? Quelque pénibles qu'elles soient, elles n'égaleront jamais les tortures morales auxquelles ils sont en proie, et, comme mode particulier de sentir, elles pour-

ront exercer une influence favorable sur les préoccupations les plus fâcheuses et les plus difficiles à déraciner. Dans cette forme spéciale de délire mystique, les élèves pourront donc se livrer à leurs investigations, sans courir le risque de nuire aux malades.

Les aliénés érotiques, dont le nombre est ordinairement restreint dans les asiles, peuvent-ils recevoir quelque atténuation fâcheuse d'un cours clinique de médecine mentale ? A cela nous répondons : ou bien ces malades ont de l'exaltation, et alors ils se livrent d'eux-mêmes à l'observation du médecin ; ou bien ils sont concentrés, rétifs à tout entretien, quelquefois même dans un état de mutisme volontaire, et, dans ce dernier cas, il n'y a qu'à constater les expressions extérieures de l'état intérieur ; les élèves reçoivent alors du professeur communication de ce qu'il a appris lui-même, soit du malade, soit de ses parents, et l'on attend une occasion favorable pour connaître le mouvement des idées et des sentiments. Cette occasion surgit souvent plus promptement qu'on ne l'espérait ; l'imprévu joue, en effet, un grand rôle dans les manifestations des aliénés, et l'observateur doit être toujours sur ses gardes, parce que, sans cause appréciable, les malades, jusque-là réservés, taciturnes, deviennent tout à coup communicatifs et se dédommagent en quelque sorte de leur long silence par un débordement de paroles qui sont autant de témoignages spontanés de leur délire. La prédominance de l'élément physique ou moral, dans l'aliénation érotique, établit aussi des différences dans la manière de sentir de ces malades : lorsque l'élément matériel prédomine chez ces aliénés, la présence des élèves, surtout dans un service de femmes, peut leur être nuisible ; mais, je le répète, le nombre des aliénés érotiques est peu considérable, et d'ailleurs l'impression est moins vive qu'on ne le pense, affaiblie qu'elle est par sa répartition sur un grand nombre de personnes ; en outre, il est toujours facile d'éviter la rencontre de ce genre de malades avec les élèves. Lorsqu'au contraire l'élément moral

prédomine chez les aliénés érotiques, le danger est évidemment nul; la multiplicité des visiteurs ne saurait faire impression sur des cœurs absorbés dans un sentiment déjà personifié; il n'y aurait danger que si la personne aimée se présentait elle-même aux yeux du malade. Quant au sentiment érotique qui survient quelquefois avec plus ou moins de vivacité dans les autres formes d'affection mentale dont il ne constitue pas le phénomène prédominant, le danger est encore moins grand. Ainsi, pour étudier les phénomènes érotiques, le professeur et les élèves ont les mêmes facilités que pour constater les autres lésions de sentiments, sans affliger les malades et sans mettre obstacle à l'heureuse issue de leur maladie.

Il est des aliénés qui ont une conscience plus ou moins nette de leur état mental, et qui par cela même devraient être considérés comme susceptibles de recevoir une influence funeste, ou du moins pénible, du concours des circonstances qui accompagnent une clinique. Eh bien, cette conscience de la situation mentale, qu'elle ait lieu au commencement de l'aliénation, ou pendant sa rémission, facilite au contraire les rapports entre les malades et le médecin. Ces malades sont mieux disposés à des entretiens avec les médecins que ceux qui se croient parfaitement sains d'esprit, sans doute parce qu'ils ont la crainte de devenir aliénés ou d'éprouver une rechute. Le pressentiment d'un grand malheur, la préoccupation si naturelle de ces malades à cet égard, font disparaître en quelque sorte toute autre idée, et les rendent non seulement dociles aux conseils du médecin, mais empressés auprès de lui pour les lui demander. Ils ne sont pas sans quelques ressemblances, sous ce rapport, avec les hypochondriaques; ils font connaître avec complaisance tous les faits antérieurs et les premiers signes de leur maladie; ils caractérisent eux-mêmes très bien l'état vraiment remarquable dans lequel ils se trouvent, cet état de lutte où la raison fait ses derniers efforts pour triompher des idées erronées et incohérentes qui surgissent dans l'esprit de tels

malades, par leurs récits, font assister les médecins et les élèves aux périodes d'incubation et d'invasion des maladies mentales, et les récitent tout spontanément, non seulement n'est pas pénible pour ces aliénés, mais il leur fait éprouver un véritable soulagement dont le professeur peut, à son gré, prolonger la durée par ses avis et ses encouragements.

Passons maintenant aux mélancoliques. Les mélancoliques, considérés comme sujets de clinique, peuvent être envisagés sous trois aspects particuliers : comme irritables, craintifs et défiant ; comme péniblement préoccupés d'une idée triste, enfin comme absorbés de manière à ce que le mouvement de la pensée soit plus ou moins suspendu. Dans ces trois cas, les mélancoliques réagissent différemment dans le milieu nouveau que forment autour d'eux le professeur et les élèves.

La présence des élèves et les interrogations du professeur peuvent, dans certains cas, malgré toutes les précautions prises, étonner les malades irritables, craintifs et défiant, raviver leurs craintes, péniblement favoriser le développement de leurs dispositions malveillantes ; mais d'autres circonstances, auxquelles on ne peut les soustraire, ni chez eux, ni dans les établissements, que produiraient-elles pas de même résultat ? Ne trouveraient-ils pas en eux-mêmes, dans leurs conceptions, dans leurs souvenirs, dans le travail de l'esprit sur lui-même, des motifs d'alarme et de défiance ? Le mal, d'ailleurs, est-il sans mélange de bien ? Si la présence du professeur et des élèves peut donner lieu à des idées de crainte et de défiance, le médecin, par la connaissance qu'il a de leur situation mentale, n'est-il pas dans les meilleures conditions pour relever leur moral ? D'un autre côté, on ne songe pas assez que, par le seul fait de l'aliénation, ces malades, quoique craintifs et défiant, sont poussés instinctivement à faire part de leurs soupçons, de leurs anxiétés, agités par la crainte, ils le sont aussi par l'espoir de trouver un amendement à leurs souffrances dans les personnes qui les entourent, l'espérance les pousse à parler, à faire

connaître tout ce qu'ils pensent, tout ce qu'ils sentent. Craintifs et défiant, ils sont avides de tout ce qui peut leur inspirer confiance et courage; faibles, ils acceptent avec empressement et reconnaissance l'appui que leur donne le professeur, et sa parole les affermit d'autant plus qu'elle a pour témoins un grand nombre d'auditeurs. Chose étonnante, mais cependant exacte, ces malades peuvent être rangés au nombre de ceux qui sentent le plus vivement le besoin de chercher des consolations, et qui ont avec le médecin les entretiens les plus spontanés, et les plus prolongés, pourvu que dès le principe celui-ci ait eu pour eux les ménagements que leur situation commande.

Les mélancoliques avec stupeur, ceux dont la mélancolie est portée à un degré extrême, et tous ceux dont le mouvement de la pensée est très ralenti, ne sauraient être influencés par la clinique d'une manière défavorable : ces malades ont besoin de stimulants moraux énergiques, aussi bien que d'irritants physiques. L'indication à remplir envers eux est d'activer la vie intellectuelle, de provoquer des impressions, des émotions, et l'on n'a pas à craindre que les circonstances qui composent la clinique soient de nature à dépasser la limite convenable. Si l'on objecte que ces malades ne peuvent pas servir utilement à l'observation, parce qu'ils sont dans l'immobilité et dans un morne silence, nous répondrons que l'intelligence et le moral de l'homme n'ont pas toujours pour expression la parole, et que le professeur et les élèves doivent s'attacher à noter tous les signes extérieurs de la mélancolie, l'inaction comme les actes qui se produisent, à rapprocher ces symptômes des antécédents de la maladie, et que par conséquent l'observation est toujours active, soit que les malades gardent le silence ou qu'ils parlent, soit qu'ils agissent ou qu'ils restent dans l'inaction.

Les mélancoliques à un degré moins prononcé sont les aliénés qui peuvent le plus être influencés par la clinique : ils conservent la plus grande partie de leur intelligence, et leur sensibilité

est plus vive, leur susceptibilité plus grande. Il y a donc lieu d'observer à leur égard quelques précautions qui seront indiquées ultérieurement; mais nous pouvons dire, sans crainte d'être démenti par l'expérience, que la plupart de ces malades sont bien moins rétifs à l'observation qu'on ne serait disposé à le croire. D'où vient que les mélancoliques de ce genre, qui conservent les apparences de la raison, consentent à parler publiquement de ce qui leur est pénible, des causes de leur tristesse, et enfin de ce qu'il y a de plus intime en eux? Pour répondre à cette question, il suffirait d'invoquer l'expérience de tous les jours; mais le raisonnement est en accord avec les faits. N'est-il pas dans la nature que la tristesse ne repousse pas les consolations, ou du moins que les personnes tristes éprouvent des sentiments de bienveillance pour ceux qui les leur adressent? Contre ces langueurs de l'âme, la parole d'autrui provoque la réaction et devient un mobile de courage. Malgré la concentration de leurs idées et de leurs sentiments, qui est un des caractères principaux de leur délire, on parvient fréquemment à rétablir, au moins momentanément, les rapports de ces malades avec le monde extérieur. Lorsque ce résultat est obtenu chez ces mélancoliques, les plus grandes difficultés sont vaincues : ils entrent facilement en communication avec le médecin et les élèves par le seul fait de l'impulsion de leur délire, et ils le font sans peine et par conséquent sans danger, parce que leur détermination a été libre, quoique provoquée. Il ne faut pas croire, d'ailleurs, qu'avec ces malades tout soit soumis à la règle sévère de la logique; on peut compter avec confiance sur beaucoup d'imprévu et d'inconséquences; il suffit souvent du plus léger motif pour disposer ces mélancoliques aux épanchements, et quelquefois des circonstances qui paraîtraient devoir le moins les produire. Le professeur digne de ce nom sait attendre ces occasions, les susciter quelquefois et les saisir avec habileté.

Nous venons de parler des mélancoliques comme si réelle-

ment ils présentent les apparences de la raison ; mais en cela nous avons plutôt obéi à une habitude intellectuelle, résultat de nos lectures, qu'à notre propre observation ; toutefois nous aurons ainsi examiné les cas réputés les plus difficiles pour l'enseignement clinique ; mais combien ces cas sont peu nombreux ! La mélancolie est une maladie complexe, qui est moins constituée par le délire prédominant que par l'état général de l'intelligence et du moral de l'homme. Sans vouloir répéter ici ce que nous avons déjà dit, en parlant du délire partiel en général, rappelons que, indépendamment du délire prédominant, il y a chez ces malades confusion, lenteur dans les idées, fausse appréciation de ce qui les entoure, indifférence pour les impressions extérieures, perversion des impressions intérieures, altération des sentiments, hallucinations, et enfin pluralité de délires. Si ce tableau est exact, comme nous en avons la conviction profonde, le lecteur comprendra que les mélancoliques ne présentent pas, en général, à l'examen exigé pour l'enseignement clinique, les obstacles qu'on était disposé à leur attribuer d'après des idées préconçues. Des malades qui éprouvent un si grand trouble de l'intelligence ne sauraient opposer de résistance énergique à une observation bien dirigée ; ils ne sauraient non plus en éprouver ni peine ni danger, parce qu'ils sont amenés, à leur insu, à manifester leurs pensées et leurs sentiments ; ils sont trop préoccupés de ce qu'ils révèlent pour faire attention aux faits de la clinique et pour que les impressions aient pris sur leur âme ; leurs rapports avec le monde extérieur sont trop changés pour qu'ils comprennent le but des demandes qui leur sont faites ; enfin, ils sont trop persuadés qu'ils sont sains d'esprit pour soupçonner qu'on cherche à constater leur délire.

Il paraît plausible de penser que les mélancoliques avec penchant au suicide doivent au moins être exclus de l'enseignement clinique. On peut craindre de fomentér cette disposition, en la formulant d'une manière plus nette qu'elle ne l'est peut-être

dans l'esprit des malades, ou par cela seul qu'on fixe leur attention sur une funeste préoccupation dont tous les soins devraient tendre à les distraire. Eh bien, ces appréhensions, justes dans une certaine mesure, n'empêchent pas cependant d'étudier cliniquement, devant les élèves, la mélancolie avec penchant au suicide. On peut d'abord étudier toutes les circonstances relatives à cette espèce d'affection, sans parler de la disposition au suicide que présente le malade; mais ensuite il ne faut pas croire que l'on trouve dans les asiles consacrés aux aliénés des exemples de ce suicide philosophique sur lequel la controverse existe depuis si longtemps et existera probablement toujours. Les véritables mélancoliques avec penchant au suicide sont, par cela même qu'ils sont aliénés, bien différents des hommes qui agissent sous l'influence d'une passion, même extrême; souvent ils racontent spontanément les causes de leurs malheurs et tous les détails des résolutions extrêmes qu'ils ont prises; quelquefois même ils font des tentatives de suicide en présence du médecin et des personnes qui l'entourent. Enfin, il y a tous les cas de rémission, qui sont nombreux, et ceux de convalescence, qui peuvent être mis à profit pour l'enseignement clinique, et ce sont là souvent les cas les plus précieux.

Pour terminer la revue clinique des divers groupes d'aliénés, il ne nous reste maintenant à considérer que ceux qui se rapprochent le plus des hommes sains d'esprit, c'est-à-dire les aliénés au début de leur maladie, malheureusement fort rares dans les asiles, les aliénés qui éprouvent des rémissions ou des intermittences plus ou moins longues, et enfin les convalescents. Nous réunissons dans un seul groupe ces divers ordres de malades; ils ont tous, en effet, pour caractère commun de se rapprocher, autant que possible, de l'état de santé, et par cela même ils sembleraient devoir être exclus de la clinique, en se basant sur le principe qui nous a servi de guide dans cette discussion. Eh bien, l'observation prouve qu'il n'en est pas ainsi dans la

généralité des cas, et la raison en est bien facile à saisir : ou bien la rémission et la guérison sont encore trop incomplètes, et alors ces malades conservent les caractères des aliénés et rentrent dans les catégories que nous avons examinées; ou bien, dans les cas où ils se rapprochent beaucoup de l'état de santé, ils diffèrent encore des hommes sains d'esprit par cela même qu'ils ont été malades et qu'ils ont la conscience et le souvenir de cet état maladif; par ce seul fait, ils se rapprochent des personnes atteintes d'un mal physique, et partant se prêtent comme elles facilement à la clinique. D'abord ils sont instinctivement poussés à parler de leur maladie par suite de cette disposition d'esprit qui porte l'homme à raconter les malheurs auxquels il vient d'échapper; ensuite la satisfaction qu'ils éprouvent d'avoir ressaisi leur existence intellectuelle et morale les entraîne à faire le récit de tout ce que la mémoire leur fournit sur la bizarrerie de leurs idées, l'altération de leurs sentiments, le désordre de leurs actions, pour prouver, en quelque sorte, combien cet état de désordre est éloigné de leur état habituel.

Voilà, selon nous, la règle générale. Nous admettons néanmoins très volontiers des cas exceptionnels, quoique nous ayons toujours triomphé facilement des susceptibilités et des résistances chez les malades dont nous venons de parler; nous admettons très volontiers que, dans ces cas, plus que chez tout autre groupe d'aliénés, les investigations de la clinique pourraient quelquefois présenter quelque danger : on ne doit point oublier, en effet, qu'entre ceux qui sont encore aliénés et ceux qui ont presque complètement recouvré leur raison, il est une catégorie de malades, dans un état de transition et de lutte, qui demandent les plus grands ménagements. Ces aliénés sont remarquables par une grande instabilité dans les idées et dans les sentiments : ils veulent et ils ne veulent pas ; ils sont susceptibles, irritables, et ne se possèdent pas complètement ; ils ne savent se poser convenablement, ni envers les personnes, ni envers les choses extérieures ; enfin, ils

n'ont pas encore des souvenirs assez nets et une conscience assez exacte de leur état pour vouloir, et même pour pouvoir en rendre compte. D'autres fois, ils sont craintifs, défilants; la plus simple demande les tourmente; jette de l'incertitude de la confusion dans leur esprit; enfin, un sentiment, une idée prédominante, la honte d'avoir été dans le délire, la crainte d'y retomber, la vanité, peuvent s'opposer à ce que le médecin professeur fasse servir cette espèce de malades aux démonstrations cliniques. Mais, nous le répétons, les cas de ce genre sont l'exception : tous ceux qui ont longtemps observé les aliénés savent, en effet, comme un résultat incontestable d'observation, que les véritables convalescents ne redoutent pas de faire connaître tous les caractères de leur maladie, qu'ils entrent volontiers dans les détails les plus propres à les faire ressortir, et que c'est là une des sources les plus précieuses pour l'instruction. Ils savent aussi qu'un des signes les plus certains de guérison est de reconnaître sans peine et sans honte que l'on a été atteint d'aliénation, et de raconter spontanément tout ce qu'on a éprouvé, de même qu'on voit les aliénés bien guéris visiter sans répugnance, et même avec plaisir, les établissements où ils ont été soignés et les personnes qui ont contribué à leur guérison.

Nous terminerons ici la revue clinique des diverses formes des maladies mentales. Nous croyons, en effet, avoir suffisamment démontré par cet examen pratique, que la clinique, faite dans l'intérieur même des asiles d'aliénés, ne présentait pas les nombreux inconvénients redoutés pour le bien-être et le traitement de ces malades. Nous pourrions donc borner ici la partie critique de notre mémoire, puisque les objections fondamentales ont été réfutées : cependant nous croyons devoir examiner encore certaines objections que nous appelons indirectes, afin de ne laisser sans réponse aucun des arguments de nos adversaires.

La première de ces objections est relative au secret des familles.

On a dit que faire une clinique dans un asile d'aliénés, c'était manquer à ses devoirs envers les malades et envers leurs parents, en les exposant aux regards du public et en faisant connaître leur situation intime et les causes de leur maladie ; on a dit qu'agir ainsi, c'était perpétuer et augmenter les préjugés qui empêchent les parents d'envoyer promptement leurs malades dans les établissements. Ces objections ont une valeur plus apparente que réelle. Et d'abord, le secret des familles ne peut être violé ; car dans les asiles publics, les élèves n'appartenant pas aux mêmes classes de la société que les malades, ils ne se sont jamais vus, ou ne sont pas exposés à se rencontrer plus tard ; si quelques aliénés faisaient exception à cette règle générale, il serait facile de les placer hors de la sphère de la clinique. Le secret des familles ne court d'ailleurs aucun danger, quand il est confié à de jeunes médecins qui ont pour devoir impérieux une discrétion complète, et dont la curiosité toute scientifique n'est au service d'aucune mauvaise passion. Enfin, le professeur n'a pas besoin de faire connaître ce qui concerne la personnalité, il lui suffit de dépeindre l'individualité malade. Quant à la crainte exprimée que la clinique ne nuise à la célérité de l'isolement, en fomentant les préjugés des parents, c'est une crainte sans fondement, soit parce qu'ils ignorent complètement le fait, soit parce que ces susceptibilités sont loin d'exister dans les classes inférieures au même degré que dans les classes moyennes et supérieures de la société.

Une autre objection, faite contre les cliniques d'aliénation, est relative au médecin lui-même : on a dit qu'elles lui faisaient perdre un temps précieux. Voilà, certes, une objection à laquelle on n'aurait pas dû s'attendre. Est-ce une perte de temps, au détriment des malades, que de faire des recherches approfondies sur leur situation mentale et physique ? Est-ce une perte de temps que de leur donner des amis et de former des jeunes gens au traitement des maladies mentales ? On veut sans doute parler de la perte de temps relativement à la direc-

tion et à l'administration de l'établissement ; mais est-ce une perte de temps, alors que le médecin scrute plus attentivement le personnel et le matériel, et que toutes les parties du service subissent l'examen et le contrôle d'un grand nombre de personnes ? Enfin, l'enseignement ne dure que peu de mois, et si le médecin directeur est obligé de sacrifier quelques détails, ne peut-il pas compter dans l'ordre médical et administratif sur le concours empressé de ses adjoints, de ses auxiliaires ? Ceux qui font ce genre d'objections prouveraient, si elles étaient fondées, qu'ils s'occupent plus d'administration que de médecine ; ils voudraient d'ailleurs prouver l'impossible, savoir, que toutes leurs facultés et tout leur temps sont entièrement consacrés à l'établissement, et qu'en distraire une partie, même pour faire des ouvrages utiles aux médecins et à la science, est une espèce de larcin fait aux malades. Redisons d'ailleurs que le médecin est loin de perdre son temps ; il voit les malades dans des conditions différentes ; souvent il enseigne aux élèves ce qu'il vient d'apprendre lui-même et ce qu'il n'aurait peut-être pas appris hors de ces influences nouvelles, sans parler des études variées qu'il a été obligé de faire, soit relativement aux antécédents, soit relativement aux caractères actuels de la maladie, avant de commencer ses leçons.

On a encore adressé d'autres objections à l'enseignement clinique fait dans les asiles d'aliénés, au point de vue de l'instruction elle-même.

On a dit que les aliénés, en présence d'un grand concours de visiteurs, dissimulaient leurs idées délirantes, non pas par ce qu'ils les jugeaient eux-mêmes malades, mais parce qu'ils savaient par expérience que le public les regardait comme telles. Tout ce que nous avons dit sur chaque catégorie de malades prouve le peu de vérité de cette assertion. En supposant le fait exact, ce qui arrive quelquefois, on est en droit d'en tirer une double conséquence, savoir, que cet effort, cet empire sur soi-même est un bien pour le malade, et qu'il ne peut nuire à l'en-

seignement des jeunes gens : en effet, le médecin clinicien, ayant vu les malades dans des conditions différentes, connaît l'état de leurs facultés intellectuelles et affectives, et supplée par l'observation antérieure à l'observation actuelle. Enfin, le professeur doit profiter de ce fait bien constaté pour apprécier les difficultés que rencontre souvent le médecin légiste et indiquer les moyens de les surmonter; il doit aussi saisir cette occasion pour prouver le peu de valeur de certains procédés curatifs qui tendent à supprimer les manifestations, comme si cette suspension était l'équivalent de la guérison. Les mêmes restrictions, les mêmes dissimulations s'observent, d'ailleurs, chez les personnes affectées de toute autre maladie, sans qu'il en résulte le moindre inconvénient pour la clinique. En outre, l'habitude de ces visites en grand nombre est bientôt prise, et cet inconvénient, s'il a lieu, ne se produit que dans les premiers jours; plus tard les malades, loin de recourir à la dissimulation, désirent le retour des jours de clinique, et s'aperçoivent avec peine de la cessation du cours ou de son interruption.

Une autre objection faite par le docteur Flemming, également relative à l'instruction, a le droit de nous étonner encore davantage : elle est tirée de l'inutilité d'un tel enseignement pour les élèves. Comment, dit ce médecin distingué, des jeunes gens pourront-ils apprendre à connaître les malades, dans des visites rapides, alors que le médecin de l'établissement lui-même a besoin d'un laps de temps considérable et des rapports de gardiens attentifs pour pouvoir démêler les symptômes psychiques qu'ils présentent? Mais, répondrons-nous, les connaissances, si lentement acquises par le médecin et transmises rapidement aux élèves, constituent un avantage et non une objection. On doit voir, si l'évidence n'est pas obscurcie par des idées préconçues, qu'il ne s'agit pas, pour les élèves, de visites ordinaires : dans un cours clinique, au contraire, on insiste d'une manière particulière sur certains types des maladies mentales; loin de laisser les élèves livrés à eux-mêmes pour l'observa-

tion, le professeur a pour devoir de leur apporter le tribut de son expérience, de leur faire connaître tous les antécédents, de diriger leur attention sur les manifestations actuelles les plus caractéristiques, et de leur apprendre pratiquement par quels moyens on parvient à faire jaillir en quelque sorte les phénomènes que la réserve concertée des malades peut empêcher de se produire au dehors.

Continuant cette objection, le docteur Flemming ajoute : Les cas récents et les difficultés qu'on éprouve à les constater seraient les objets les plus intéressants d'une clinique, et précisément on les rencontre très rarement dans les asiles d'aliénés, et d'ailleurs beaucoup de difficultés de plusieurs ordres, que l'on trouve dans la pratique civile, n'existent pas dans ces établissements. A cela nous répondons : Les cas récents, surtout relatifs aux maladies intermittentes, ne sont pas rares dans les asiles, et par conséquent on peut les observer ; d'autre part, les rapports des parents lient le passé au présent, et l'instruction qu'on en retire peut être d'une grande utilité pour la pratique civile. Nous demandons à notre tour si les jeunes médecins, privés de cet enseignement clinique, seraient aussi aptes que ceux de leurs collègues qui en auraient profité à triompher des difficultés de diagnostic dans leur pratique particulière ?

Une autre objection contre les cours cliniques (et elle est tout à fait indirecte et surtout applicable à l'Allemagne, où il y a un grand nombre d'universités) dérive de la nécessité de fonder les asiles d'aliénés dans les grandes villes pour les mettre à la portée des élèves des facultés de médecine. Quoique nous admettions nous-même en principe que les établissements doivent être construits hors de l'enceinte des villes, pour présenter plus facilement tous les avantages désirables, nous pensons néanmoins que cette objection est démentie par les faits, puisqu'on trouve des asiles d'aliénés dans les plus grands centres de population, comme Paris et Londres, par exemple. Si l'on

prétend que ces établissements n'offrent pas les conditions convenables, nous répondrons qu'on est dans l'erreur relativement à la Salpêtrière, et que, d'ailleurs, dans certains quartiers de toutes les grandes cités, on peut trouver des localités propres à la construction de bons établissements d'aliénés.

Enfin, croirait-on qu'on a été jusqu'à contester le droit d'instituer une clinique d'aliénés ! On a dit : Les malades ordinaires qui entrent dans un hôpital savent très bien qu'ils peuvent devenir l'objet de l'examen des élèves, et ils peuvent, par cela même s'y soustraire; par conséquent, on n'exerce pas à leur égard la moindre contrainte, tandis que, dans une clinique d'aliénés, on agit sans avoir l'assentiment, au moins tacite, de ces malheureux qui n'ont pas eu conscience de leur translation dans l'asile et qui sont privés de libre arbitre. Ce sont là des subtilités de moralistes pusillanimes condamnées par leurs principes à l'inaction, et par conséquent à la stérilité. Étrange manière de raisonner vraiment, comme si les parents des aliénés, en qualité de tuteurs, ne remplaçaient pas ces malades dans le choix des asiles, et comme si les circonstances d'âge et d'affection du cerveau ne mettaient pas d'autres malades dans le même cas que les aliénés !

Nous avons enfin épuisé la longue liste des objections contre les cliniques d'aliénation mentale, et nous croyons pouvoir conclure de cet examen que les inconvénients signalés par nos adversaires n'existent réellement pas, ou bien peuvent être facilement évités au moyen de précautions très simples qu'il nous reste maintenant à examiner. La partie critique de notre travail étant ainsi terminée, nous allons donc aborder la partie dogmatique; nous allons indiquer comment une semblable clinique doit être faite, et quelles précautions on doit prendre, non seulement pour éviter toute espèce de dangers, mais même pour faire tourner au profit des malades un enseignement qui semblerait devoir leur être préjudiciable. Cette partie de notre mé-

moire peut être abrégée sans être incomplète, beaucoup de règles de conduite ayant été forcement exposées dans la discussion à laquelle nous venons de nous livrer.

Nous n'apercevons que deux moyens principaux d'initier les élèves aux études cliniques dans l'enceinte des grands asiles d'aliénés : ou bien se borner à introduire successivement dans l'amphithéâtre les divers malades qu'il s'agit d'examiner, ou bien se décider à parcourir avec eux toutes les parties de l'établissement et à observer les malades partout où ils se trouvent placés d'après leur classification. Le premier mode de clinique, qui a été indiqué par le docteur Damerow comme méritant la préférence, ne la mérite pas d'après notre appréciation et notre expérience personnelle. Les aliénés amenés devant des élèves sont par cela même dans une situation insolite; privés de l'entourage de leurs commensaux, hors des lieux de leur résidence habituelle, ils sont dépayés au milieu d'un grand nombre de personnes : aussi leurs manifestations sont-elles souvent toutes différentes de ce qu'elles sont ordinairement, et le professeur est-il obligé de recourir à de nombreuses questions et à l'influence de son autorité pour rappeler les malades à eux-mêmes. D'un autre côté, ce mode d'observation des aliénés, concession faite aux adversaires dans le but d'atténuer les inconvénients de la clinique, en provoque au contraire le développement. Que craint-on, en effet ? On craint de mettre les aliénés en scène, de leur faire sentir qu'ils sont malades, de blesser ainsi leur susceptibilité, de les irriter, de les affliger : eh bien, en les faisant venir dans un local spécial, où ils savent qu'ils vont devenir l'objet d'un entretien prolongé, que fait-on, sinon provoquer leurs réflexions sur ces pensées pénibles qui, dans leur état de maladie, ne se seraient pas produites si l'on s'était borné à leur adresser quelques paroles dans leurs divisions respectives ? Au lieu de les mettre dans la position d'un homme qui, de son propre mouvement, se complait à raconter son histoire, on les met presque dans la position d'un accusé

obligé de subir un interrogatoire judiciaire. C'est donc là un procédé timide, une demi-mesure qui, loin d'éviter les inconvénients, les suscite, et qui ne permet pas de donner à l'enseignement toute l'extension désirable. Il est évident, en effet, que dans les cas mêmes où les aliénés se manifestent tels qu'ils sont, les élèves ne peuvent constater les nuances diverses du même phénomène chez les malades du même genre, et sont privés de l'appréciation de toutes les dispositions relatives aux personnes et aux choses qui, dans un établissement d'aliénés, constituent le traitement général.

Tous ces inconvénients n'existent pas dans le mode d'examen clinique auquel je donne la préférence, et que je pratique constamment : il consiste à ne pas déplacer les aliénés pour les observer, et à aller les trouver dans le lieu que leur assignent leur état maladif et l'ordre de la maison. Les avantages d'une semblable méthode de clinique pour l'instruction des élèves sont incontestables. Au lieu de voir quelques malades isolés, qui ne peuvent même pas servir comme types, quoique choisis avec discernement, parce qu'ils sont trop peu nombreux, et qui ne se manifestent pas tels qu'ils sont à cause de leur déplacement, les élèves voient un grand nombre de malades et sont familiarisés ainsi avec toutes les nuances des affections mentales ; ils peuvent juger de l'état des aliénés dans leurs rapports mutuels, apprécier les classifications, se former, sous les yeux du maître, aux visites dans un grand hôpital, et apprendre enfin pratiquement une foule de choses qui leur resteraient inconnues, si les malades passaient successivement sous leurs yeux, dans une salle particulière. Dans ce dernier mode de clinique, le médecin se trouve d'ailleurs privé de l'une des ressources les plus précieuses, c'est de fixer l'attention des élèves sur les malades qui, pendant les visites, éprouvent un paroxysme plus ou moins prononcé, ou se révèlent tout à coup à l'observation, tandis que jusque-là ils avaient été apathiques et concentrés. L'examen de ces malades donne à la clinique l'attrait de l'imprévu, provoque et

fixe l'attention des élèves, et donne plus de charme et de variété à l'enseignement ; tout le monde comprend en effet que les traits des maladies mentales sont plus marqués dans les paroxysmes, et que par conséquent ils doivent plus frapper l'observateur et surtout les jeunes médecins. Le professeur a d'ailleurs, dans le mode de clinique auquel nous donnons la préférence, l'avantage inappréciable de pouvoir faire un nouveau choix parmi les aliénés qui se manifestent spontanément dans le cours de sa visite, lorsque ceux qu'il avait désignés d'avance lui paraissent dans le moment plus rétifs à l'observation, ou dans une situation mentale qui lui paraît exiger des ménagements. Enfin, la visite faite par le médecin à tous les malades est par elle-même une clinique continuelle, et par conséquent un enseignement infiniment plus profitable que l'examen de quelques aliénés, alors même que l'on obtiendrait d'eux les manifestations les plus complètes.

Ce mode de clinique que nous adoptons entraîne nécessairement l'entrée simultanée ou successive des élèves dans toutes les parties de l'établissement. Esquirol établissait des séries peu nombreuses d'élèves, qui, chacune à leur tour, pénétraient avec lui dans l'intérieur de l'asile, et c'était certainement une sage précaution à l'origine de ce genre d'enseignement. Mais de cette manière, comme un cours de clinique spéciale a nécessairement peu de durée, à raison de la variété des études médicales, les mêmes élèves ne pouvaient se livrer qu'un petit nombre de fois à l'observation directe des malades ; dès lors, pourquoi s'imposer cette réserve et mettre de semblables restrictions à l'enseignement, s'il est vrai, comme nous croyons l'avoir démontré, que des visites cliniques, même nombreuses, peuvent être faites sans danger dans l'intérieur des asiles d'aliénés ?

Le professeur doit donc se faire accompagner en même temps par tous les élèves. Avec eux, il parcourt toutes les parties de l'établissement, en prolongeant son séjour auprès des aliénés

qui doivent faire partie de chaque leçon. Là qu'il observe avec eux les manifestations spontanées des malades choisis par lui comme types, il les provoque par quelques mots lorsqu'elles ne sont pas complètes, il les dirige dans la série d'idées qu'il désire leur voir aborder; il profite des occasions qui lui sont offertes, dans la double intérêt des malades et des élèves, pour faire un résumé de tout ce qui a été observé; enfin, il rapproche de ces faits tous les renseignements qu'il a pu obtenir sur l'état antérieur et sur les causes de la maladie. Cette manière de procéder est évidemment utile pour les élèves; ils apprennent à observer les aliénés, à les interroger, à se faire une juste idée des différentes formes de maladies mentales, et à établir leur diagnostic différentiel; en même temps qu'ils s'habituent à choisir les matériaux qui doivent trouver place dans les observations particulières. Cette manière d'agir peut d'ailleurs devenir un moyen de traitement moral direct, précieux pour les malades, pourvu qu'on prenne les précautions sur lesquelles nous insisterons ultérieurement. Cela fait, on quitte le malade; on donne, lorsque c'est nécessaire, les détails qui ne pouvaient sans inconvénient être racontés en sa présence, et l'on confie à un élève le soin de rédiger l'observation, après avoir de nouveau examiné le malade. Lorsque plusieurs observations relatives au même genre de maladie mentale ont été recueillies, elles sont lues par les élèves eux-mêmes; chacune d'elles devient successivement de la part du médecin, l'objet d'une analyse; il détermine si elle a été recueillie et rédigée d'après les bons principes, indique les points à éclaircir ou à fortifier, fait sentir la nécessité de quelques suppressions ou de quelques additions: et lorsque tous ces travaux de détail sont terminés, le médecin apprécie ces faits comme expression des formes des maladies mentales; il les rapproche pour faire voir les caractères essentiels, pour faire remarquer des symptômes accidentels dépendant de la différence des causes, de l'idiosyncrasie des malades, du milieu dans lequel ils vivaient, etc. Il passe

ensuite à l'examen des analogies et des différences, et se livre à l'appréciation de toutes ces circonstances, en vue du traitement particulier que réclame chaque malade. Plus tard enfin, lorsqu'il fait à l'amphithéâtre l'histoire théorique de chaque espèce de maladies mentales, il a le soin de rappeler aux élèves les observations les plus capables de les impressionner et de graver dans leur esprit les préceptes qu'il juge les plus fructueux.

Quelle doit être la conduite du professeur de clinique envers les aliénés, pour donner à l'enseignement toute l'étendue que nous venons de lui assigner, sans nuire à ces malades? Mais d'abord quelle conduite doit-il imposer aux élèves à l'égard des aliénés?

La première question qui se présente est celle-ci : Doit-on abandonner les élèves à eux-mêmes, et leur permettre d'interroger les malades en l'absence du médecin, ou doivent-ils se borner à constater leurs manifestations, sous la direction du professeur, jusqu'à ce qu'ils aient acquis assez d'instruction personnelle pour pouvoir se livrer à l'observation directe des aliénés? Sans exclure complètement le premier mode dans des cas exceptionnels, nous nous prononçons sans réserve pour le second comme méthode générale, et cela pour deux raisons qui nous paraissent décisives : la première, c'est que les élèves et même les médecins, étrangers à la spécialité des maladies mentales, ne sauraient tirer profit de leurs investigations personnelles, parce que, pour bien observer, il faut d'abord savoir ce qu'on doit observer; la seconde, c'est que non seulement ils ne pourraient obtenir les manifestations désirées, mais ils ne sauraient éviter aux malades les dangers de l'interrogatoire, car l'expérience seule suggère les meilleures questions à leur adresser, et inspire les précautions que nécessitent leur susceptibilité et la nature particulière de leur affection. Ceci posé, voyons quelle ligne de conduite le professeur doit tracer aux élèves, quels conseils il doit leur donner : ces conseils leur seraient d'ailleurs naturellement inspirés par la

réserve qui dérive de leur inexpérience, et par le respect dû à une si grande infortune.

Le principe que les élèves doivent toujours avoir en vue, c'est que les aliénés, loin d'être tout à fait indifférents à ce qui se passe autour d'eux, sont souvent susceptibles, défiant, soupçonneux, et discernent merveilleusement les choses qui échapperaient à des personnes jouissant de la plénitude de leur raison : il faut qu'ils sachent que non seulement, dans certains cas, les aliénés peuvent comprendre ce qui se dit et se fait autour d'eux, mais encore que leur susceptibilité, fréquemment avivée par la maladie, les dispose à comprendre vite et fortement.

Il est presque inutile de dire à des médecins que le plus grand respect est dû aux aliénés, et qu'en présence d'une telle infortune, toute marque d'ironie, de moquerie, si légère qu'elle soit, ne peut être permise, parce qu'elle blesse la dignité de l'homme, nuit essentiellement aux malades et devient un fâcheux exemple pour les serviteurs, si disposés à humilier les aliénés par leurs rires, par leurs paroles et par leurs actes. Une manière d'être franche et naturelle est la seule qui puisse leur être agréable ; on doit leur montrer toute espèce d'égards, et, en quelque sorte, de la déférence pour leur état, mais se garder de témoigner de la pitié, car l'expression de ce sentiment pourrait les blesser profondément.

Les élèves ne doivent pas manifester de curiosité, d'intention marquée d'observer les aliénés ; ils doivent paraître visiter les localités plutôt que les personnes, et agir comme des habitués de la maison ; ils doivent se borner à écouter, ne répandre que des choses usuelles dans le monde, et surtout ne pas accabler les aliénés de questions. Il importe beaucoup, en effet, que les élèves soient sobres de questions envers les malades, surtout envers un même malade ; ils doivent longtemps observer le médecin clinicien ayant de se décider à interroger, eux-mêmes les aliénés, car des demandes inconsidérées peuvent

les irriter et exercer une influence fâcheuse sur leur maladie.

On produirait souvent un grand mal si, par des conversations prolongées, on cherchait à connaître les divers sujets sur lesquels délirent les aliénés, si l'on cherchait à les convaincre de la fausseté de leurs idées, du désordre de leurs actions, même en employant tous les ménagements exigés par leur position et dus à leur malheur; à plus forte raison, si l'on avait recours avec eux à une dialectique pressante, à l'ironie, ou si l'on attaquait de front leurs idées délirantes. Le médecin clinicien seul, par la connaissance qu'il a du caractère du malade et de son affection, peut savoir, quand il convient de prolonger ou de suspendre un entretien, sur quelles matières doivent porter les questions, comment il faut les aborder, les examiner et leur donner une solution. En y mettant cette réserve, les élèves sont assurés de ne pas être nuisibles, et l'enseignement devient plus fructueux, parce qu'avec l'intervention du médecin les manifestations sont plus nombreuses et plus complètes. Un médecin expérimenté enseigne d'ailleurs aux élèves que la meilleure observation consiste plutôt à constater les manifestations lorsqu'elles se produisent, qu'à les provoquer par des questions multipliées.

Les élèves font donc sagement de ne prendre l'initiative dans la clinique qu'après avoir longtemps écouté les malades et le professeur. Cette règle néanmoins ne saurait être absolue. Il y a dans tous les asiles un certain nombre d'aliénés que des élèves instruits et circonspects peuvent interroger avec fruit dès les premiers jours de la clinique; le médecin, qui connaît ses malades, peut leur désigner ceux qui ne présentent aucune répugnance à manifester leurs idées.

Les élèves doivent aussi éviter avec soin d'adresser au professeur, en présence des malades, des questions qui pourraient être irritantes par leur simple énoncé; la confiance dans le professeur doit entraîner la conviction qu'il dit tout ce qu'il croit pouvoir dire devant les aliénés. Les élèves peuvent d'ailleurs

prendre note des remarques qu'ils ont à faire, et les produire lorsqu'il n'y a pas danger pour les malades. Il ne faudrait pas conclure de cette restriction que l'enseignement clinique des maladies mentales n'est pas susceptible d'être pratiqué dans tous ses développements; la restriction que nous mettons ici est précisément celle qu'on s'impose dans les cliniques ordinaires toutes les fois qu'il s'agit du diagnostic ou du pronostic d'une maladie grave, externe ou interne. Les observations ne perdent rien de leur opportunité et de leur importance pour être faites ailleurs qu'en présence des aliénés, lorsque ceux-ci ont déjà été de la part des élèves l'objet d'un examen particulier.

Indiquons maintenant les règles de conduite que doit s'imposer à lui-même le professeur de clinique; mais qu'il soit bien compris que dans l'indication des précautions à prendre, nous n'avons en vue que les cas exceptionnels. Nous avons, en effet, démontré que, dans la majorité des cas, les dangers redoutés par les adversaires de l'enseignement clinique n'ont aucune réalité.

Quelles précautions doit donc prendre le professeur? Il doit d'abord, non seulement éviter avec soin de choisir certains malades comme sujets d'observation clinique, mais il doit les éloigner des regards du public. Nous n'avons pas à indiquer ici quels sont ces malades, puisque nous les avons déjà signalés dans notre revue clinique des diverses catégories d'aliénés. Qu'il nous suffise de mentionner certains cas d'érotisme porté à ses dernières limites, principalement parmi les femmes, quelques mélancoliques dont le penchant au suicide serait avivé par l'énoncé seul de leurs sinistres projets, et surtout ces convalescents qui, n'ayant pas entièrement repris possession d'eux-mêmes, ont une raison trop vacillante pour supporter avec succès l'épreuve d'un interrogatoire public; enfin, il existe quelques aliénés, très rares à la vérité, qui éprouvent de la répugnance à devenir l'objet de l'attention des élèves, et cette ré-

pugnance doit souvent être respectée, parce qu'elle est un des caractères de l'état normal et que cette timidité naturelle se lie, particulièrement chez la femme, aux plus précieuses qualités. Je dois dire d'ailleurs que plusieurs de ces malades, qui, dès le commencement de la clinique, craignent de paraître devant les élèves, s'aguerrissent pendant la durée du cours, témoignent du regret d'être restés à l'écart, et deviennent ensuite les plus empressés à relater tout ce qu'ils ont ressenti et tout ce qu'ils ressentent actuellement. Lorsque le professeur le juge utile et qu'il est respecté et aimé de ses malades, il parvient facilement à vaincre la répugnance qu'un petit nombre d'entre eux présente pour la clinique; il lui suffit pour cela de les appeler dans son cabinet, et là, de s'efforcer de leur montrer combien les autres malades sont plus raisonnables qu'eux, combien il sera difficile de les rendre à la liberté, s'ils continuent à montrer de l'éloignement pour les personnes qu'ils ne connaissent pas, et enfin de leur faire sentir l'utilité de leur narration pour l'instruction des jeunes gens et la guérison de leurs semblables. Les aliénés sont tellement touchés de ces considérations et des témoignages de déférence et d'intérêt dont on les accompagne, que le plus souvent ils sont profondément modifiés par ces entretiens; non seulement alors ils se décident à parler, mais ils le font avec une chaleur et une vivacité qui servent tout à la fois à l'enseignement des élèves et à l'heureuse solution de la maladie.

De quelle manière le professeur doit-il agir, une fois la clinique commencée? Il doit d'abord éviter les malades qui, accidentellement sous l'influence d'un paroxysme, lui paraissent avoir la sensibilité trop avivée, ou être animés de dispositions peu sociables. L'éloignement même de ces malades, et à leur insu, devient pour les élèves un enseignement profitable, et souvent alors les aliénés, malgré leur trouble et leur excitation, s'apercevant qu'on les évite, font trêve à leurs préoccupations ou à leur turbulence, et viennent s'offrir d'eux-mêmes à l'observa-

tion. Le professeur doit ensuite profiter de toutes les manifestations au moment où elles se produisent, alors même que les malades qui les présentent ne doivent pas faire partie de la leçon du jour (c'est ce que j'appelle le casuel de la clinique), et faire ressortir ce qui est dû à l'influence du moment, par comparaison avec l'état ordinaire; à cette occasion, je dirai qu'il m'est souvent arrivé de faire remarquer aux jeunes gens qu'il avait suffi de faire quelques pas et d'examiner un autre malade, pour voir cesser la légère effervescence qu'on venait d'observer.

Dans les cas où les aliénés se manifestent spontanément, le médecin doit avoir le soin de ne pas les troubler, et surtout de ne pas les heurter, s'il devient nécessaire de prononcer quelques rares paroles pour les diriger dans l'exposé des symptômes de leur maladie: pour cela, il suffit de leur dire qu'on est très-satisfait de ce qu'ils viennent de faire connaître, et que maintenant on désire des renseignements sur une circonstance déterminée de leur maladie; on les y ramène doucement, avec égards, lorsque leur délire les entraîne ailleurs, et enfin on leur demande l'autorisation de raconter soi-même ce qui, dans le moment, ne paraît pas bien présent à leur mémoire, en les priant de rectifier le récit s'il manquait d'exactitude.

Ainsi, en thèse générale, le professeur, en entrant dans les salles où les malades se trouvent réunis, et en voyant certains d'entre eux se tenir à l'écart, tandis que les autres s'approchent pour avoir leur tour de parole, apprécie tout de suite les dispositions de ces malades, et tandis qu'il évite de parler publiquement à ceux qui paraissent craindre le monde, il s'arrête auprès de ceux qui parlent avec complaisance de leurs préoccupations délirantes. Or ces malades abondent dans les établissements d'aliénés, soit parce qu'ils sont sous l'influence d'une passion violente, soit parce que le désordre de leur esprit ne leur permet pas la réserve, et s'allie avec des convictions profondes qu'il est impossible de contenir.

Mais il est d'autres aliénés, beaucoup moins nombreux il est

vrai, chez lesquels il faut varier à l'infini les questions pour obtenir des réponses satisfaisantes ; il en est d'autres, enfin, chez lesquels il faut se livrer, comme à une enquête légale, pour vaincre leur dissimulation et arriver à la vérité. Ce sont ces malades, dont les manifestations ne sont pas spontanées, qui exigent surtout, de la part du professeur, certaines précautions sur lesquels il convient maintenant d'insister.

Lorsque les aliénés montrent la moindre hésitation, le médecin discerne immédiatement, par la connaissance qu'il a de leur maladie, le motif qui les retient ; et alors sa conduite est différente selon les circonstances. Il se borne d'abord à faire une simple observation pour engager les malades à parler ; s'ils persistent, il leur demande avec politesse et bienveillance s'ils permettent qu'il raconte lui-même ce qu'il a appris de leurs parents et d'eux-mêmes lorsqu'ils étaient mieux disposés à parler, en les priant de le rectifier dans le cas où ses souvenirs le serviraient mal. Rarement les malades se montrent contraires à cette proposition ; mais pour peu qu'ils manifestent de l'opposition, en général le professeur ne doit point insister ; il les quitte avec des témoignages de bienveillance et les engage à réfléchir sur l'objet de sa demande jusqu'à la leçon suivante : dans l'intervalle, il peut, comme nous l'avons dit, les appeler dans son cabinet, et souvent alors il triomphe facilement de leur résistance.

Si les malades acceptent, au contraire, de prime abord la proposition du médecin, il fait l'historique de leur maladie avec le principe arrêté de ne raconter que ce qui est parfaitement avéré pour eux, et il s'interrompt plusieurs fois pour leur demander s'il exprime avec vérité des faits qu'ils lui ont eux-mêmes racontés antérieurement. Souvent alors, flattés de voir que l'on a prêté tant d'attention à leurs paroles et de l'estime qu'on leur témoigne en demandant leur assentiment, les malades font connaître tous les détails de leur affection, et le but se trouve ainsi naturellement atteint. Dans le cas où leur as-

sentiment n'est donné que d'une manière incomplète, le médecin continue de recéler, en baissant dans l'ombre tout ce qui peut les irriter, et se réservant d'en donner connaissance aux élèves lorsqu'il aura guéri le malade.

Chez certains aliénés, et surtout chez les mélancoliques qui joignent à la conservation d'une grande partie de leur raison une susceptibilité extrême, on éprouve de plus grandes difficultés encore à obtenir les manifestations désirables. Comment vaincre ces difficultés que nous sommes loin de vouloir dissimuler? Le plus sûr moyen est de ne pas témoigner d'intention de les questionner, et de se borner à leur adresser quelques paroles pour leur prouver qu'on s'intéresse à leur situation et aussitôt qu'ils prennent confiance, ils deviennent de jour en jour plus communicatifs, et pourvu que le médecin sache temporiser, il lui est bientôt possible de les amener à faire connaître devant les élèves leur situation mentale. Dans les cas où il n'y parvient pas en usant de ces simples précautions, il lui reste une ressource certaine, c'est d'avoir avec les malades un entretien particulier, afin d'obtenir d'eux des aveux complets. Une fois débarrassés des idées et des sentiments qui les oppriment en présence du médecin, ils sont plus disposés à les révéler devant les élèves; s'ils hésitent encore, une nouvelle assistance d'un professeur à cet égard, devient tout à fait décisive. Les malades lui promettent avec effusion, et leur promesse est toujours réalisée. L'état de quelques-uns de ces mélancoliques peut d'ailleurs exiger, comme nous l'avons déjà dit, qu'on ne les soumette pas à un examen clinique; le médecin professeur qui les connaît s'en éloigne alors pour s'occuper de ceux qui peuvent être examinés sans danger. Cette réserve de la part du médecin est par elle-même et par les motifs qu'il en donne une leçon pour les élèves. C'est donner l'exemple du respect pour ces malades, et montrer que le traitement est variable selon la diversité des symptômes et des caractères. L'enseignement clinique ne souffre pas et ne fait pas défaut, parce que quelques malades excep-

tionnels ne peuvent y être soumis; il y a toujours dans un asile assez d'aliénés qui peuvent servir de types et qui, loin de montrer de la répugnance, parlent au contraire très volontiers de leur état et entrent dans les détails les plus propres à le faire connaître.

Les règles de conduite que nous venons d'indiquer relativement aux aliénés qui conservent une grande partie de leur raison, s'appliquent également aux convalescents et aux malades en état de rémission et d'intermittence qui réclament encore des attentions plus grandes et plus délicates. Rarement néanmoins le médecin qui connaît bien ses malades, court-il le risque de les blesser, de les irriter, de leur nuire enfin, en leur adressant les questions relatives à la clinique; toutefois, dans les cas douteux, il est bon d'avoir le soin de s'informer, avant l'examen clinique, des dispositions des aliénés, et de s'abstenir de prendre pour sujet d'observation ceux dont le consentement ne paraît donné que par condescendance, et à plus forte raison ceux qui témoignent de la répugnance. Le médecin s'attache à leur prouver qu'ils sont tout à fait libres sous ce rapport, que l'on se garderait bien de les interroger en public contre leur volonté; il peut même ajouter quelquefois que la connaissance de leur maladie donnée par eux-mêmes serait un enseignement profitable pour la guérison de leurs semblables; et que s'ils pouvaient s'aguerrir assez pour faire ce récit, il les engagerait à donner cette preuve de sympathie pour les maux d'autrui; quelquefois enfin il peut leur demander ce sacrifice en son nom, et comme témoignage de confiance et de gratitude.

Les détails dans lesquels nous venons d'entrer suffisent pour faire comprendre comment le professeur doit se conduire pour obtenir des aliénés, dans les cas difficiles, les manifestations qu'il désire. Disons maintenant comment il doit résumer devant eux les diverses phases de leur maladie et apprécier leur état en leur présence.

Le médecin doit d'abord éviter, avec soin toutes les expres-

sions qui pourraient choquer les malades, et souvent son langage doit varier selon les périodes de la maladie : ainsi, on blessera certainement un aliéné qui n'a pas conscience de sa position, en disant : Voilà un malade qui croit telle chose, s'imaginé telle autre, tandis que ces expressions seront écoutées, même avec plaisir, par un convalescent qui reconnaît avoir été dans le délire.

Lorsque le médecin récapitule ce qui a été dit par les aliénés, il n'affirme que les faits reconnus exacts par eux-mêmes, et s'attache à obtenir leur assentiment. Avec cette précaution, le professeur ne donne jamais prise contre lui, et les aliénés ne peuvent pas justement l'accuser, ce qui est la chose capitale. Dans ce but, il est important de distinguer nettement la partie du récit incontestable aux yeux des malades de celle qui pourrait soulever leurs récriminations : il suffira pour cela, en abordant les faits dont le malade ne convient pas, de ne les exposer que sous toute réserve et de prier l'aliéné de ne voir dans ce qui va être dit que le désir de recueillir des souvenirs qui ont pu lui échapper à lui-même : l'aliéné, interrogé formellement à cet égard, prétend-il qu'on invoque de faux rapports, on fait de nouveau appel à sa mémoire et on lui demande s'il persiste dans son désaveu. N'est-il pas vrai qu'en agissant de cette manière on peut tout dire aux élèves sur les malades, sans que ceux-ci puissent en être irrités ? Bien loin de là, sans les flatter, on leur donne à chaque instant des témoignages d'estime et de bienveillance. Si le médecin parle avec maturité, avec vérité de la situation du malade ; s'il se borne à relater les faits relatifs à son intelligence et à son caractère, il est certain, en général, de ne pas le blesser ; le plus souvent, au contraire, l'aliéné sera satisfait d'entendre raconter par un autre tout ce qu'il pense et tout ce qu'il sent lui-même. Il ne peut se formaliser que des interprétations qui sont données aux faits, et assez souvent le médecin doit réserver ces interprétations pour un autre moment de la clinique, alors qu'il

aura quitté le malade, à moins qu'il ne les juge utiles pour le traitement moral.

Il ne faut pas croire cependant que le médecin doive s'interdire toute interprétation en présence des aliénés : lorsqu'il les connaît bien, qu'il a acquis sur eux un grand ascendant, il peut dire en leur présence tout ce qui est utile à l'enseignement des élèves, et même rappeler avec avantage une foule de choses qui paraîtraient d'abord devoir produire une fâcheuse influence, surtout si la mimique atténue ce que le langage peut avoir d'irritant. Si, par hasard, l'aliéné se trouvait blessé par ses paroles, il pourrait très facilement détourner son attention, et, par exemple, en parlant de lui à la troisième personne, lui faire croire qu'à l'occasion de sa maladie, il parlait de celle de l'un de ses voisins.

On exagère beaucoup trop les difficultés qu'on éprouve à parler aux malades de leur état et à manifester à haute voix les réflexions qu'il suggère; les aliénés, en général, croient en effet penser et sentir comme personne ne pense et ne sent, et sont flattés de se voir l'objet de remarques prolongées. Je puis attester que souvent le récit de leur maladie, fait dans tous ses développements, impressionne fortement les aliénés, qui témoignent eux-mêmes de la vérité avec une satisfaction visible, et se plaisent à entrer dans les plus grands détails pour compléter le récit, étonnés et glorieux en quelque sorte que l'on se soit occupé d'eux avec assez d'intérêt pour pouvoir connaître toute leur histoire. Si, par contre, certains aliénés montrent quelque susceptibilité, par suite des observations que provoque leur situation mentale, il est habituellement très facile au professeur de dériver leur attention, de leur faire prendre le change, et même de faire tourner à leur profit un entretien qui paraissait devoir les exciter et leur être préjudiciable.

C'est sur ce dernier point de vue que nous voulons insister en terminant. Nous sommes convaincu, en effet, que la clinique, faite avec les précautions indiquées, loin d'être nuisible

aux aliénés, peut devenir un moyen puissant de traitement moral, que le médecin chercherait vainement dans toute autre sphère d'action. Déjà, dans le cours de ce travail, nous avons eu le soin de faire remarquer, à propos de chaque catégorie de malades, le parti que le médecin pouvait tirer de la clinique pour agir sur le moral des aliénés; nous n'avons donc pas à revenir ici sur la conduite à tenir dans chaque cas particulier; il nous suffira de grouper ces observations particulières autour de quelques principes généraux.

Disons d'abord que la clinique offre naturellement au médecin, pour le traitement moral, les mêmes occasions favorables que ses visites de chaque jour. Si elle ne présentait qu'un genre d'utilité, il suffirait de signaler le fait, sans y insister; mais la clinique présente en outre des avantages qui lui sont particuliers. Ils consistent, selon nous, dans deux sortes d'influences qui favorisent singulièrement l'action du médecin, savoir: l'actualité de la narration de la maladie, qui sert de base immédiate aux réflexions du professeur, et la présence d'un public nombreux et déferent qui donne plus d'autorité à sa parole.

La présence d'un grand nombre d'auditeurs donne évidemment à la parole du médecin un poids et une solennité qu'elle n'aurait pas dans toute autre circonstance; pourvu qu'il sache proportionner les conseils qu'il adresse aux malades, à l'intensité et à la nature particulière de leur affection, et qu'il est dans les conditions les plus favorables pour modifier profondément leurs tendances malades et dévier le cours de leurs idées erronées, l'attention est ainsi fixée et tous les sentiments peuvent être éveillés pour concourir à ce but. Le plus simple froissement de l'amour-propre, par exemple, peut provoquer la réflexion sur les idées les plus enracinées, et les plus faibles encouragements donnés en public, produisent l'effet le plus salutaire. Dans ces circonstances, le médecin trouve, pour l'éloge comme pour le blâme, les ressources les plus précieuses; il peut en varier à l'infini l'expression et augmenter ainsi d'une

foule de nuances et de degrés l'échelle des peines et des récompenses qui jouent un si grand rôle dans le traitement moral de la folie (il peut) en décernant des éloges, relever le courage et soutenir le zèle sans s'exposer à trop flatter la vanité ; ces répressions n'ont pas besoin d'être aussi énergiques pour être plus efficaces.

« La narration publique de leur maladie faite par les aliénés est pour le médecin un auxiliaire plus précieux encore. On comprend que l'appel fait à l'esprit pour réagir sur lui-même est recommandé comme un moyen puissant de guérison, lorsque le médecin est seul en face de l'aliéné ; il doit être bien autrement puissant dans des conditions toutes nouvelles de la clinique ; c'est-à-dire lorsque le professeur vient de prendre sensiblement aux yeux du malade tous les phénomènes de sa maladie en présence d'auditeurs plus ou moins nombreux ; il y a toute la différence qui sépare l'actualité d'un passé plus ou moins éloigné ; toute la différence qui existe entre une parole vague et un propos saisissant devant un public qui avive l'impressionnabilité des malades. Le professeur n'a qu'à mettre à profit leur récit pour leur faire sentir qu'ils ne sont pas dans leur état ordinaire, en comparant leur passé avec leur présent, en leur rappelant, par exemple, combien ils étaient actifs, zélés, et en les engageant à faire quelques efforts pour sortir de leur apathie et de leur indifférence actuelles. L'appréciation des prodromes lui fournit souvent l'occasion d'activer leurs sentiments affectifs, en leur faisant connaître tous les bons procédés de leur famille à leur égard, de même que l'appréciation des causes lui permet souvent d'imprimer une meilleure direction à leurs idées, à leurs sentiments, et de leur donner des témoignages de sympathie. Lorsqu'il est parvenu à faire révéler au malade tout ce qu'il pense, tout ce qu'il sent, c'est-à-dire tous les éléments de sa maladie, le médecin a une occasion bien favorable de l'encourager à veiller sur lui-même, pour ne pas être le jouet de ses impressions, de ne pas précipiter ses

jugements et ne pas prendre pour des réalités les rêves de son imagination. Il peut le faire avec d'autant plus d'avantage que les malades ont rarement conservé le même délire depuis l'invasion de leur maladie, et qu'on peut ainsi les amener à douter de la vérité de ce qu'ils croient actuellement, par cela même que tout ce qu'ils croyaient anciennement est maintenant reconnu faux par eux-mêmes. Cette manière d'agir sur l'esprit des malades constitue le principe le plus actif et le plus fructueux de traitement moral : c'est aller droit au but ; c'est établir dans le for intérieur lui-même un principe de lutte et montrer aux malades le moyen de le féconder, de le développer, pour que la raison en sorte victorieuse.

En résumé, le médecin, par les consolations, par l'éloge, par le blâme, exerce pendant la clinique une influence d'autant plus puissante que sa parole s'appuie sur les faits mêmes que les aliénés viennent de faire connaître, sur ceux qu'il vient d'évoquer dans leur mémoire, avec tous les caractères propres à les rendre sensibles, et que la présence des élèves donne à ses conseils plus de solennité et une autorité plus grande et plus féconde.

Ajoutons enfin, et c'est par cette réflexion que nous allons terminer ce mémoire, que, chez quelques aliénés, la narration de toutes les circonstances de leur affection, leur fait considérer leur état sous un jour tout nouveau et peut devenir par elle-même un moyen de guérison. Jusque là tout avait été morcelé dans l'esprit de ces malades ; ils n'avaient pas songé à relier les faits accomplis depuis l'invasion de leur maladie ; aussi existait-il dans leur intelligence un pêle-mêle ; une confusion dans laquelle ils se débattaient en vain. La clinique, par les procédés qui lui sont propres, leur donne le fil conducteur dans ce dédale ; ils remarquent avec joie, quelquefois avec inquiétude, certains faits dont la fausseté leur apparaît évidente, et ils se demandent alors si ce qu'ils croient encore est réellement conforme à la vérité : aussitôt que ce doute est

éveillé chez eux, leur esprit se trouve en possession d'un levier qui a pour point d'appui la vérité acquise sur certains faits et qui leur permet de soulever tous les autres obstacles et d'en triompher. Lorsque, pendant le récit des aliénés, le médecin constate ces dispositions, il doit s'attacher à en favoriser le développement et les engager à persévérer dans la voie dans laquelle ils se sont heureusement engagés; souvent alors il suffit d'un mot, d'un rapprochement saisissant pour les soutenir dans la lutte qui s'établit dans leur for intérieur entre la raison et la folie. Dans ces cas, on peut donc dire que non seulement la clinique a fourni au médecin une occasion favorable pour le traitement moral, mais qu'elle est devenue par elle-même, par ce qui la constitue essentiellement, le point de départ et la cause de la guérison.

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

1848 (2^e, 3^e et 4^e trim.) et 1849 (1^{er} et 2^e trim.) (Suite)

Gazette des hôpitaux.

1848 (2^e, 3^e et 4^e trim.) et 1849 (1^{er} et 2^e trim.) (Suite)*Aliénations mentales guéries par le sulfate de quinine*
(numéro du 29 juillet).

Nous reproduirons sans commentaires les faits publiés par M. le professeur Pierry; nos lecteurs en apprécieront mieux l'importance en les comparant aux observations analogues rapportées par les auteurs.

Premier fait.— Un médecin d'une quarantaine d'années, par suite de vives contrariétés et de chagrins longtemps prolongés, est pris pendant toutes les nuits de bourdonnements d'oreilles. Pendant sept ou huit jours, il est atteint d'hallucinations de l'ouïe. Chaque jour, à la même heure, il entend une voix qui lui parle distinctement et l'entretient des affaires qui troublent son repos. Bientôt la maladie augmente, et des accès périodiques d'aliénation mentale se déclarent, qui se renouvellent chaque nuit, et forcent les parents du malade à le faire transporter dans une maison de santé.

Mais le contact des autres aliénés avec lesquels se trouve en rapport le malade augmente les accidents. Un délire furieux s'empare de lui; il entend constamment des voix qui parlent à ses oreilles. M. Pierry, examinant le malade le matin, le trouve bien; car ce n'est que le soir, lui dit-on, que reviennent les accidents. Il ordonne trois doses de sulfate de quinine, d'un gramme chaque. Guérison presque instantanée, et depuis cinq ans guérison totale, sans rechute.

Deuxième fait.— Un vieillard de soixante ans est atteint de

puis six semaines d'une manie de suicide. Les accès se renouvellent tous les deux ou trois heures vers le milieu de la nuit. M. Piorry fait prendre trois doses de quinquina en poudre. Cette funeste tendance disparaît bientôt, et, un mois après, il ne reste plus aucune trace des accidents inquiétants que l'on avait observés.

» *Troisième fait.* — Une dame de cinquante-cinq ans, d'une constitution névropathique, était traitée par un médecin de la ville comme atteinte d'hémorrhagie cérébrale, affection dont elle ne présentait aucun symptôme. On n'observait chez elle ni hémiplegie ni paralysie; mais, toutes les nuits, la malade éprouvait des bourdonnements d'oreilles, revenant à peu près à heures fixes. En peu de jours, le mal augmente; elle entend des voix nocturnes, et chaque fois une terreur extrême s'empare d'elle jusqu'au matin. Cet état dure plus d'une semaine, et sa famille en conçoit de vives inquiétudes pour sa santé et son intelligence.

» Une première dose d'un gramme de sulfate de quinine est prise le soir, et cette nuit les accidents ne se reproduisent pas. La malade dort.

» Deux ou trois nouvelles doses sont données les jours suivants à la même heure; et cette dame est parfaitement guérie.

» *Quatrième fait,* recueilli à l'hôpital de la Pitié. Une femme de trente-cinq ans, domestique, est apportée à l'hôpital, dans les salles de M. Piorry, dans un délire affreux qui oblige à lui mettre la camisole de force. Elle entend sans cesse parler à ses oreilles; cette voix, dit-elle, est celle de Bernard, qu'elle croit couchée avec ses voisines; rien ne peut la dissuader de cette idée; elle crie, et veut se lever pour courir après lui dans la salle. On est obligé de l'attacher dans son lit.

» A la vue d'accidents aussi graves, l'interné de la salle la considère comme folle, et pense qu'il faut la transférer à la Salpêtrière. Mais, avant de recourir à cette mesure, M. Piorry veut examiner la malade.

» Le surlendemain de son entrée, il l'interroge en effet à sa visite du matin; la rassure; mais cependant ne croit pas devoir abonder dans ses idées, et la contredit. La malade se met en fureur. M. Piorry la calme par des paroles bienveillantes; lui affirme qu'elle a rêvé, et parvient à obtenir d'elle les renseignements suivants:

» La maladie a commencé par des bourdonnements d'oreilles, des voix se firent ensuite entendre pendant la nuit; puis survint le délire, dont elle s'aperçoit elle-même. C'est surtout la nuit que les voix se font entendre davantage.

» Bernard existe en effet : c'est un homme avec lequel cette femme vit et dont elle est jalouse.

» M. Piorry ordonne un gramme d'alcoolé de quinine sans autre traitement.

» Le lendemain, il n'y a plus de délire, et le surlendemain elle se porte parfaitement. Comme M. Piorry avait signé le transfert à la Salpêtrière, les parents de cette femme en profitent pour la faire sortir à l'insu de M. Piorry, et lorsque depuis deux jours elle était guérie.

» Aujourd'hui 19, nous avons en occasion de revoir cette femme, qui se porte très bien, et nous a déclaré n'avoir éprouvé depuis aucun accident. Tout porte donc à croire qu'elle est définitivement guérie.

Manie aiguë jugée par des parotides (numéro du 16 septembre).

Esquirol a rapporté un certain nombre de cas de folie jugés par des affections intercurrentes. Plusieurs auteurs en ont après lui signalé également quelques observations ; mais ces faits ne sont point tellement nombreux que nous ne croyions devoir reproduire le suivant recueilli par M. Mèrier, médecin de l'asile des aliénés de Blois.

» Le 3 juillet 1847, on amène à l'asile de Blois la nommée Alexandrine G., âgée de vingt-cinq ans, laquelle est dans un état d'exaltation et d'agitation extraordinaire. Cette jeune fille a toujours eu des mœurs douces et régulières, un caractère gai, de l'intelligence. Elle n'a pas eu d'aliénés dans sa famille. Seulement sa mère, ainsi que la malade elle-même, est très nerveuse, impressionnable, et sujette à des attaques de nerfs quand elle éprouve les plus légères contrariétés. Enfin elle est, comme ses parents, d'une grande simplicité d'esprit relativement aux esprits, démons, sorciers, etc.

» Par suite de causes difficiles à apprécier, un mariage convenu depuis plusieurs mois avec un jeune homme du pays n'eut pas lieu. Deux mois avant son entrée à l'asile, la malade vit son fiancé cesser ses visites, et perdit tout espoir de renouer l'union projetée. À dater de ce moment, un changement remarquable se fait remarquer dans son caractère et ses habitudes. De timide, réservée, régulière, qu'elle était dans les actes de sa vie, elle devient légère, étourdie, sans circonspection, courant les bals et les réunions, où elle espère rencontrer son infidèle amant. Dès cette époque, on lui avait dit, à ce qu'il paraît, et elle croyait elle-même fermement, que ce jeune homme lui avait *jeté un sort* ; qu'il lui avait fait *prendre des poudres qui font courir les filles après les garçons* :

telles sont ses expressions. Et en effet, *elle courait* sans cesse *après lui*.

» Tel était son état depuis plusieurs mois, lorsque, quinze jours environ avant que la folie se révélât complètement, elle alla se confesser; elle y retourna deux fois en peu de jours: ce qui était en dehors de ses habitudes, car elle n'avait jamais montré d'exagération à l'endroit des pratiques de dévotion. Soit qu'on lui eût fait des remontrances trop sévères, soit qu'elle eût mal interprété les conseils qui purent lui être donnés, toujours est-il qu'à partir de ce moment le germe de la maladie mentale se développa rapidement, et grandit pour éclater bientôt avec une violence extrême.

» En effet, trois ou quatre jours après cette dernière confession, elle se rend à une assemblée (fête de village), chez une de ses sœurs. Elle assiste à la messe, et rien encore, que ce qui avait frappé l'attention depuis quelques mois, c'est-à-dire le changement de caractère et d'habitudes, ne se fait remarquer. Elle retourne aux vêpres, et c'est là qu'éclate tout à coup le délire avec la couleur particulière qui doit le caractériser dans tout le cours de la maladie. Elle quitte sa place, s'élance à l'autel sur le prêtre en vociférant qu'il est *le diable*, qu'il *faut qu'il se retire*, etc. On la saisit, on l'emporte hors de l'église, et le désordre est tel dans ses mouvements comme dans ses idées, qu'on est forcé de l'attacher par les pieds et par les mains. On la reconduit chez sa mère; et, pendant six jours qu'elle y passe avant d'être amenée à l'asile, elle reste sans cesse en proie à la même agitation, au même délire, aux mêmes idées. Elle crie qu'elle est Dieu, la Sainte-Vierge; qu'elle va monter au ciel. D'autres fois, elle se croit en enfer entourée de démons; au milieu des flammes; elle refuse tout aliment, méconnaît les soins qu'on lui donne, ses parents qu'elle injurie.

» Une circonstance bien remarquable, et que nous devons signaler avant d'aller plus loin, est celle-ci: après sa guérison, la malade a dit se rappeler parfaitement qu'étant aux vêpres le jour où éclata sa folie, elle s'aperçut qu'elle lisait plus couramment que de coutume dans son livre de messe (elle sait à peine lire); et que cette idée qu'elle lisait ainsi parce qu'il y avait en elle quelque chose de surnaturel l'effraya beaucoup. Ce fait se comprend facilement, et se rapporte à l'influence des idées mystiques et diaboliques dans lesquelles elle se trouvait depuis quelque temps.

» C'est à partir de ce moment, dit-elle, qu'elle se crut damnée, et sous l'influence et dans la possession des démons, vouée à l'enfer, etc.

» Cette circonstance ne présente-t-elle pas quelque analogie avec

de retour à la raison, cette facilité surnaturelle que l'on remarque quelquefois chez les agonisants, et que dans un de nos *Annaux cliniques* (septembre 1846) nous avons cherché à expliquer par une congestion sanguine ou nerveuse de l'appareil encéphalique ?

« C'est dans l'état que nous avons indiqué que l'on amène la malade à l'asile, le 3 juillet. Depuis six jours, elle n'a pour ainsi dire ni bu ni mangé, ni dormi. Elle se débat, crie pendant le trajet qu'il faut parcourir pour l'amener à Blois ; elle cherche à saisir avec ses dents tout ce qu'elle peut prendre, et coupe ainsi une partie de ses cheveux qu'elle avale. Elle refuse toute espèce d'aliments, ses lèvres, sa langue sont desséchées et couvertes d'un enduit brunnâtre comme dans la fièvre typhoïde. Elle présente aux mains et aux pieds des plaies produites par les liens qui la retenaient. Elle est dans la période menstruelle au moment où elle entre à l'hôpital.

« C'est en vain que pour la calmer on la met au bain ; on a la plus grande peine à l'empêcher de se mettre la tête sous l'eau. Elle n'accepte aucune boisson ; tout ce qu'on lui offre, dit-elle, est *dé-bé-ni-té*. Avant d'entrer, elle a avalé une médaille large comme une pièce de 1 franc, et une image du Christ en papier, pour l'avois dans le corps quelque chose de *bé-ni-té*. L'eau de la douche qui lui tombe sur la tête, c'est le diable qui la débaptise. Les sœurs sont des fées qui veulent la séduire. Enfin, elle rapporte toutes ses impressions aux idées dominantes que nous avons indiquées. Sortie du bain et portée dans la cour, elle se jette contre le sol, se remplit la bouche de terre et veut en avaler. Elle se figurait, a-t-elle dit depuis sa guérison, être dans un cimetière, et que par conséquent la terre était *bé-ni-té*.

« Pendant les trois jours qui suivent son entrée, persistance du même délire, de la même violence. Bains prolongés pendant quatre ou cinq heures chaque jour, et durant lesquels un filet d'eau froide coule constamment sur sa tête. Insomnie complète, aussi bien la nuit que le jour ; elle urine dans son lit et ses vêtements. Cambrésole de force ; lavement purgatif.

« Le 7 juillet, au bout de huit jours d'abstinence absolue, en sortant d'un bain de cinq heures, dans lequel elle a été un peu plus calme, elle se trouve affaissée, comme anéantie ; on la porte dans la cour sur un matelas, où elle reste étendue, calme, mais refusant toujours obstinément toute nourriture. On s'aperçoit ce jour-là qu'un peu de rougeur et de sensibilité se déclare du côté de l'oreille droite. — Cataplasmes sur la joue ; lavements purgatifs.

« Dans la nuit du 7 au 8, une tuméfaction considérable s'est

produite dans la région de la parotide droite, qui est tendue, rouge et douloureuse. La maladie est plus calme, répond mieux aux questions qu'on lui adresse. Le pouls est moins fébrile, la peau moins chaude et sèche. Le serrement des dents empêche de lui faire avaler la moindre boisson. La malade refuse de boire; mais sans dire, comme les jours précédents : Laissez-moi, *démons* ! Elle se borne à dire : Je n'ai pas soif, je n'ai besoin de rien. Journée assez calme; maigreur excessive; d'oppression du ventre. Mais le facies n'a pas l'aspect caractéristique de la manie, les yeux sont naturels, et, à dater de cette époque, la maladie mentale est jugée. La constipation persiste. Lavements purgatifs; cataplasmes; calomel; sinapismes aux jambes.

Le 9, le gonflement a envahi toute la région parotidienne, la joue et une partie du cou. Dureté considérable et vive sensibilité à la pression. Le délire a complètement disparu. Prostration extrême. Abattement. Escarre au sacrum. On parvient à faire prendre à la malade quelques cuillerées d'eau pure et froide, seule boisson qu'elle accepte. Les jours suivants, elle boit avec avidité, mais seulement de l'eau. La tumeur est fluctuante; il est évident qu'elle se terminera par suppuration.

Le 12, on fait à la parotide une ponction qui laisse sortir du pus de bonne nature. Les idées saines reviennent; la malade demande où elle est; comprend qu'elle a été gravement atteinte, s'inquiète de ses parents, et consent enfin à prendre un peu de bouillon. Une selle. — Continuer les lavements purgatifs et le calomel.

Le 13, l'abcès s'est ouvert par l'oreille; il s'écoule beaucoup de pus. État plus satisfaisant sous tous les rapports. La malade prend plusieurs potages. La tumeur a beaucoup diminué de volume, mais la parotide du côté opposé se tuméfie à son tour. Un peu de sommeil. L'appétit revient.

Du 14 au 17, rien de notable si ce n'est la suppuration de la parotide gauche, que l'on ouvre, et de laquelle sort une petite quantité de pus de bonne nature. Les idées sont désormais bien saines. La malade sait qu'elle a eu une maladie cérébrale. Elle commence à se rappeler toutes les circonstances, tous les détails de sa maladie. C'est d'après le compte qu'elle s'en rend, dit M. Mérier, que j'ai pu retracer les diverses phases de son délire, et décrire la série des idées, des conceptions délirantes qui se sont succédé dans son imagination frappée, et produites au dehors par des aberrations.

tions, des manifestations si bizarres, à travers lesquelles il est cependant aisé de suivre le fil d'une certaine logique.

« Ainsi, pour expliquer sa résolution de ne boire que de l'eau froide, elle nous raconte qu'elle s'est crue damnée, puis morte, puis dans un cimetière, dans une tombe, et enfin dans un puits où l'eau qu'on lui donnait à boire tombait avec bruit. On sait, en effet, que les boissons qui arrivent dans l'estomac d'une personne soumise à un long jeûne font un certain bruit. Bientôt elle s'imagina être elle-même le puits; par conséquent, elle peut, elle doit même boire de l'eau, mais seulement de l'eau. C'est cette seule idée, qui l'a décidée à boire abondamment cette eau, que sans cela elle n'eût pas acceptée. Elle demande à manger. Sommeil bon, fonctions régulières.

» Les jours suivants, persistance du bien-être; intégrité des facultés intellectuelles. Suppuration abondante des plaies des bras et des jambes. La malade demande sa sortie; elle s'ennuie beaucoup, dit-elle, de se trouver avec des folles, dont la vue pourrait la faire retomber.

» Depuis ce jour, 24 juillet, jusqu'au 19 août, jour de sa sortie de l'asile, rien d'important à noter. Rétablissement rapide et complet de toutes ses facultés. Elle continue à demander sa sortie, et comme depuis plusieurs semaines elle n'a pas donné le plus léger signe de folie, qu'il est peut-être à craindre que l'ennui qu'elle éprouve ne soit une cause de rechute, on se décide à la renvoyer. Elle part fort gaie, et sans avoir conservé la moindre préoccupation de chagrin, de tristesse, ou des terreurs qui pendant son délire avaient été si profondes et si caractéristiques.

» Depuis sa sortie de l'asile, la malade est revenue plusieurs fois voir notre confrère. A l'exception de la menstruation, qui ne s'est pas rétablie immédiatement, toutes les autres fonctions de la vie organique et intellectuelle sont parfaitement régulières. Elle a repris de l'embonpoint; elle est gaie, vive, laborieuse, et ne conserve pas la moindre trace des idées qui l'ont troublée. M. Mérieur l'a revue encore au commencement d'août 1848, et a pu s'assurer qu'elle continue à jouir de l'intégrité complète de ses facultés.

Du traitement moral des aliénés. — De l'utilité des écoles et des réunions pour le traitement des aliénés; par M. FALRET. (N^{os} 5, 15 et 22 août.)

Ces quelques leçons théoriques, faites à l'hospice de la Salpêtrière, ne sont point susceptibles d'analyse.

Quelques considérations sur la monomanie, par M. BAILLARGER. Nos 1 (Numéros des 10 et 19 septembre et du 12 octobre.)

Cette leçon, faite par M. Baillarger à la Salpêtrière, n'est que le résumé du Mémoire que ce médecin a publié sur ce sujet dans les *Annales médico-psychologiques* (t. VIII, p. 8 et 157).

Cas d'hystérie chez l'homme. (Numéro du 25 novembre.)

Les auteurs sont encore aujourd'hui si peu d'accord sur la question de l'existence de l'hystérie chez l'homme, que nous croyons devoir rapporter l'observation suivante, recueillie dans le service de M. Vigla, à l'Hôtel-Dieu.

Il s'agit d'un garçon de vingt et un ans, d'une constitution moyenne, qui a été atteint, il y a environ un an, d'une fièvre intermittente, pour laquelle il est resté à l'Hôtel-Dieu annexe près de quatre mois; il a été traité par le sulfate de quinine. Sorti de l'hôpital à la fin du mois de février dernier, il est entré dans la garde mobile. Depuis quelques mois, son ventre est enflé; il éprouve des battements de cœur et des attaques hystériques. On lui a appliqué pour cette maladie des ventouses scarifiées sur la région du foie et sur l'épigastre.

Le ventre, météorisé, rend un son clair à la percussion. Pas d'œdème des membres inférieurs; l'abdomen semble divisé en deux parties par un sillon transversal peu profond au niveau de l'ombilic; la partie supérieure, plus saillante, et qui semble formée par l'estomac, rend un son plus clair que l'inférieure. Limité par la percussion, l'estomac offre un volume considérable. Après l'épigastre, les parties les plus sonores sont les deux côtés de l'abdomen. Cette augmentation du volume de l'abdomen s'est produite en deux fois vingt-quatre heures après une fièvre intermittente de deux mois de durée; depuis le moment où elle a commencé, cette tuméfaction n'a pas diminué; elle augmente même lorsque le malade prend des aliments solides.

La défécation se fait normalement tous les jours; pas d'expulsion de gaz par l'anus. La miction est normale; l'urine pâle et acide. Langue naturelle; appétit conservé, inégal; cependant digestions faciles. Le malade a observé que les légumes secs et les choux augmentent le développement du ventre; soit assez vite.

Le décubitus, sur le côté gauche, est pénible, souvent même impossible. Pas de nausées, éructations fréquentes; il y a eu quelques vomissements dans les premiers temps de la maladie. Le sujet

dit n'avoir pas connaissance qu'aucun de ses parents ait été atteint de cette affection. Il attribue sa maladie à un refroidissement.

Le 26, à 9 h., petit palpitement quand le malade marche vite ou fait des efforts; bruits du cœur normaux; infirmité précardiale peu étendue. Ce qui tient au resoulement du cœur un peu à droite.
 Douleur continue dans le côté droit de la poitrine, présentant des exacerbations; sommeil assez bon; réves fréquents; de temps en temps perte de connaissance qui dure une demi-heure environ. Pendant ces attaques, convulsions et sensation d'une boule qui remonte de l'estomac à la gorge, et produit de la suffocation. Ces attaques, qui se renouvellent à peu près tous les quinze jours, ont commencé peu de temps après le développement de la tympanite. Après l'attaque, il reste un peu de paralysie du côté droit. Aujourd'hui (cinq ou six jours après l'attaque) la sensibilité est beaucoup moins grande dans tout le côté droit, surtout à partir de la région lombaire. Le malade exprime cette circonstance en disant que la sensibilité est moitié plus grande à gauche. Comme renseignement antérieur, il affirme qu'il s'était toujours bien porté, et n'avait jamais eu d'attaques de nerfs dans sa jeunesse.

Manie suraiguë jugée par un abcès de la fesse, par M. MÉRIER.
 (Numéro du 3 mars 1849.)

Le 11 juin 1848, est amenée à l'asile de Blois la femme B., âgée de quarante-deux ans, qui présente un état de trouble général et d'agitation extraordinaire. Ses cheveux sont épars, ses vêtements en désordre, ses yeux hagards et animés; le faciès est celui que l'on observe ordinairement dans la manie. Elle est attachée par les pieds et les mains sur la charrette qui l'a transportée. Depuis huit à dix jours, elle n'a pas dormi un seul instant, n'a pas mangé, presque point bu, ne cessant de crier, de se débattre, déchirant tout ce qu'elle peut saisir, cherchant à frapper ceux qui l'approchent.

Les parents racontent que, depuis les événements de février, cette femme, d'un caractère violent et emporté, a été en proie à une grande exaltation politique et religieuse. Elle s'est mêlée à toutes les agitations de la rue, surtout à l'époque des élections. Dans son délire, elle profère encore des cris où l'on retrouve des traces de ces impressions. Après son entrée, elle refuse tout aliment, toute boisson, frappe les femmes avec lesquelles elle habite. On la met dans un bain où elle reste cinq heures; elle en sort plus calme, mais persiste à refuser de rien avaler.

Même état pendant les sept ou huit premiers jours, au bout des-

quels on se voyait à lui faire prendre quelques éléments. On dut même entre les mains une quenouille, et elle filait assez bien, mais sans savoir ce qu'elle fait, et machinalement. Elle est préoccupée de cette idée qu'on veut lui faire du mal, la noyer, la brûler, la faire dévorer par les chiens, etc. Mais à toutes ses conversations se mêle toujours un souvenir des déclamations républicaines qu'elle entendait dans les clubs où elle se rendait fréquemment. Malgré des bains prolongés de cinq à six heures, pendant lesquelles l'eau froide coule constamment sur sa tête, elle reste troublée et agitée pendant les quinze premiers jours, refusant de prendre aucun médicament, dans la crainte de se laisser empoisonner. Elle mange et boit peu, passe les nuits sans sommeil, met le désordre dans son dortoir par ses cris et ses mouvements. On est obligé de lui mettre la camisole de force.

Au bout de ce temps, des furoncles nombreux se montrent sur plusieurs régions du tronc et des membres, et peu de jours après une énorme tuméfaction apparaît dans la région fessière gauche, avec chaleur et douleurs vives. La malade qui, à partir de ce moment, devient beaucoup plus calme, est forcée de rester au lit, où son séjour s'est prolongé près de trois mois. A dater de ce moment, la maladie mentale fut jugée, et dans l'intervalle d'un jour à l'autre, pour ainsi dire, le délire cessa complètement. Chose singulière, pendant tout le temps que dura cette nouvelle et très grave affection, qui mit les jours de la femme B. dans le plus grand danger, le délire ne reparut pas une seule fois, malgré une fièvre considérable dont cette maladie fut accompagnée.

La tumeur de la fesse eut bientôt acquis un volume énorme. M. Méric constata une fluctuation profonde, et malgré le refus obstiné de la malade, qui avait alors toute sa raison, et à laquelle on fut obligé de mettre la camisole de force, il fit une ponction profonde qui donna issue à un litre de pus environ. Deux jours après il fallut pratiquer une contre-ouverture.

La suppuration prit tout d'abord un mauvais caractère, et l'on eut à craindre pendant quelque temps une résorption purulente. Enfin, après trois mois d'accidents de toute nature, l'abcès était presque complètement guéri.

La malade, bien que très faible encore et très amaigrie, désire vivement sa sortie, à partir de ce moment. Le 1^{er} octobre on la lui accorda, et cette femme, qui s'ennuyait beaucoup depuis plusieurs mois de voir son séjour se prolonger dans une maison où elle sentait bien avoir eu besoin d'être amenée, mais où, disait-elle avec raison, elle ne devait pas être maintenue après avoir

montré son intelligence, reentra chez elle parfaitement rétablie de l'affection mentale pour laquelle elle était entrée trois mois auparavant. Aujourd'hui elle se souvient parfaitement du début et des principales circonstances de sa maladie, rend compte des causes qui l'ont occasionnée, et reconnaît que des préoccupations politiques et religieuses l'ont sans doute troublée. C'est à la suite d'un pèlerinage coïncidant avec les agitations électorales que s'est déclarée sa folie. Elle dit encore avoir eu à l'âge de dix-huit à dix-neuf ans, une fièvre cérébrale qui pourrait bien n'avoir été autre chose qu'un accès de manie.

M. Mérier revit cette femme vers la fin de février dernier. Elle jouissait d'une parfaite santé au physique comme au moral.

Bien qu'il ne soit point très rare de voir des cas de folie jugés par des affections chirurgicales, il ne faudrait pas croire que l'apparition de pareils accidents dût nécessairement et toujours amener la guérison de l'aliénation mentale. Nous avons actuellement sous les yeux un malade affecté depuis plusieurs années d'hallucinations de l'ouïe, et chez lequel des accidents en tout semblables, sauf la gravité, à ceux que rapporte M. Mérier, ont persisté pendant plusieurs mois sans amener d'amélioration sensible dans l'état intellectuel.

Sulfate de quinine dans l'hystérie.

Nous rapporterons sans commentaires l'observation suivante recueillie sur une femme du service de M. Louis à l'Hôtel-Dieu.

Cette femme, âgée de trente-cinq ans, est hystérique depuis un grand nombre d'années; les accès qu'elle éprouve n'ont rien de régulier, soit quant à leur intensité, soit quant aux époques de leur apparition. La malade est assez bien portante d'ailleurs et convenablement réglée.

Il y avait assez longtemps qu'elle n'avait point éprouvé d'accès, lorsqu'à propos d'émotions morales vives, qu'elle a éprouvées il y a quelques semaines, il en survint de très violents qui se répétaient plusieurs fois par jour, mais à des heures indéterminées. Elle entra promptement à l'hôpital, où on lui administra d'abord, sans le moindre succès, des calmants, des antispasmodiques, des révulsifs, etc. Quelques jours après l'emploi de ces moyens, on eut recours au sulfate de quinine à doses modérées; dès la première dose, les accès diminuèrent d'intensité, et le troisième jour ils avaient complètement cessé. La malade continua encore pendant quelques jours l'usage de ce médicament; depuis plus d'une semaine qu'elle l'a suspendu, aucun récidive n'a encore eu lieu.

Les faits de cette nature ne sont point rares. Mais il est de ces médicaments qu'on oublie un peu trop peut-être parce qu'ils échouent fort souvent. Il est bon, je crois, de rappeler aux praticiens l'utilité qu'on peut en retirer dans certains cas déterminés.

Revue médicale.

1848 (2^e, 3^e et 4^e trim.) et 1849 (1^{re} et 2^e trim.).

Quelques considérations nouvelles sur l'emploi des bains prolongés et des irrigations continues dans le traitement des formes aiguës de la folie, et en particulier de la manie, par M. BRIÈRE DE BOISMONT. (Numéro de juillet.)

Nous avons déjà donné dans ce journal les conclusions du mémoire publié sur ce sujet par M. Brière dans la *Gazette médicale*. Ce médecin rapporte ici quelques unes des observations qui ont servi de base à son travail. Nous y renverrons nos lecteurs.

Recherches nouvelles sur la pellagre dans les départements du sud-ouest de la France, par M. THÉOPHILE ROUSSEL. (Numéros d'octobre et novembre 1848.)

Quoique ce travail ne soit point terminé, nous en reproduirons quelques passages relatifs aux rapports de la pellagre et de l'aliénation mentale.

M. Roussel nous apprend que dans l'asile d'aliénés de Pau, dirigé par M. Cazenave, ce médecin n'a constaté l'existence de la pellagre parmi ses malades que depuis deux ou trois ans, c'est-à-dire, depuis que l'attention des praticiens de province a été appelée sur ce sujet. « Les pellagres envoyés des divers points du département, dit M. Roussel, ont été assez nombreux; mais aucune note n'a été prise qui permette de connaître le nom exact et le pays de chacun. Je n'ai trouvé dans l'asile qu'une seule pellagreuse, et, dans les détails que j'ai recueillis sur cette malade, j'ai noté qu'elle était venue au plus fort de sa maladie à l'hospice d'Orthez, sans que la nature de son mal eût été reconnue. Elle était alors complètement folle, mais son état n'a pas tardé à s'améliorer à Pau, sous l'influence des moyens employés par M. Cazenave ».

Ce passage du mémoire de M. Roussel est le seul qui soit relatif à l'aliénation mentale.

Consultation sur un cas d'hypochondrie avec diathèse rhumatismale, par M. CAYOL. (Numéro de février 1889.)

Madame X..., pour laquelle fut faite cette consultation sur la demande d'un confrère de province, avait depuis longtemps des *règles immodérées*, et offrait en outre des troubles variés de l'innervation cérébrale et rachidienne, qui avaient résisté à tous les moyens de traitement employés jusqu'alors, et qui se résument dans le tableau suivant.

« Vertiges, palpitations, oppression de poitrine, engourdissement de l'un des bras, faiblesse des membres inférieurs, préoccupations tristes, hypochondrie. » Il n'existait aucune altération organique appréciable aux moyens ordinaires d'exploration.

M. Cayol pensa, d'après l'existence de ces symptômes, que l'appauvrissement du sang était une des principales causes de la perturbation du système nerveux.

En second lieu, madame X... avait eu précédemment des douleurs arthritiques et viscérales qui semblaient accuser une diathèse rhumatismale. Cette diathèse avait sa part d'influence sur le trouble des fonctions du système nerveux; d'autant plus, fait observer M. Cayol, qu'ayant affecté le canal intestinal et par là le système nerveux ganglionnaire, elle avait dû provoquer cette réaction réciproque de l'appareil digestif sur le cerveau, et du cerveau sur l'appareil digestif, sorte de cercle vicieux qui est un des caractères les plus constants de l'hypochondrie.

L'appauvrissement du sang et la diathèse rhumatismale étaient donc, chez madame X..., les deux sources principales des indications curatives. Dans le but de satisfaire à ces deux indications, M. Cayol prescrivit :

1^{re} La combinaison des préparations ferrugineuses et antiscorbutiques, soutenue par un régime analeptique et substantiel; et comme auxiliaire de cette partie du traitement, de bonnes conditions d'aération, des promenades au grand air, et des voyages dans des pays de montagnes, etc.

2^{re} Des bains sulfureux naturels ou artificiels; à l'intérieur, des extraits de plantes vireuses (aconit, ciguë, jusquiame), à dose très-faible qu'on élève ensuite graduellement; les diverses préparations du colchique d'automne et surtout la racine, en commençant par la dose de 15 à 20 centigr. Les indications devront varier suivant les résultats obtenus.

3^{re} Comme modificateurs directs du système nerveux : les gommes fétides, la valériane, l'eau ammoniacale camphrée en frictions, et les

opiacés. L'électuaire suivant a souvent réussi à M. Cayol dans des cas analogues :

Pr. Valériane officinale en poudre, 45 grammes.

Huile essentielle de valériane, de 3 à 6 gouttes.

Sous-carbonate de fer, de 3 à 6 grammes....X ambsM

Sirof de pivoine, q. s.

A prendre par cuillerée à café deux ou trois fois par jour, un peu avant les repas.

M. Cayol conseille, comme lui ayant aussi parfaitement réussi en pareil cas, le bain russe modifié suivant les susceptibilités individuelles.

4. Eloigner toutes les causes de tristesse ou de contrariété ; exercices et distractions agréables.

Rélation d'un cas d'hystérie compliquée d'aménorrhée et d'hémoptysie avec abstinence pendant dix-neuf mois.

par M. FERRAND DE MISSOL. (Numéro d'avril 1849.)

Mademoiselle Elisa, d'une petite stature, d'un tempérament lymphatico-nerveux, reçut dès son bas âge les traitements les plus durs de la part de sa mère qui lui faisait passer une partie des nuits à travailler. A dix-huit ans, elle eut trois accès d'hystérie qui durèrent plus d'une heure. En novembre 1826, sa mère lui jette un verre d'eau à la figure. Les règles se suppriment ; le lendemain, vive céphalalgie, malaise général ; la malade vomit tout ce qu'elle prend. Quelques jours après, hémoptysie, palpitations violentes, accès convulsifs se succédant à des intervalles très rapprochés.

On applique successivement des sangsues à la vulve, à l'épigastre, sur le thorax. On obtient une légère amélioration ; mais bientôt l'hémoptysie est plus abondante, les accès d'hystérie deviennent plus fréquents, plus intenses, plus longs ; ils durent des heures entières. On prescrit tour à tour du musc, du camphre, du castoreum, de l'assa foetida ; des bains entiers, des bains de siège, on applique nombre de vésicatoires, on suit pendant un mois le traitement le plus actif ; mais après ce temps, la malade est abandonnée à elle-même, et aucune médication n'est plus essayée.

Pendant seize mois, accès d'hystérie très fréquents, très longs, très violents ; vive sensibilité épigastrique, impossibilité de rien garder dans l'estomac ; hémoptysie abondante ; urines et selles très rares, n'ayant lieu que tous les vingt-cinq jours, tous les mois, et même quelquefois à des intervalles plus éloignés.

Le 13 mai 1828, mademoiselle Élixa entre dans une maison de santé, offrant les symptômes suivants : Coloration très variable de la figure, peau sèche, toux fréquente, hémoptysies précédées d'une vive douleur dans la trachée et d'une chaleur brûlante à la partie inférieure du sternum ; sentiment de suffocation imminente, surtout après les accès d'hystérie, qui sont à peine éloignés les uns des autres d'une heure ou d'une heure et demie, et durent de un quart d'heure à deux heures et au delà. L'invasion de ces accès est soudaine : la malade ferme les yeux, étend les bras, roidit le col, le tronc, les membres abdominaux, fléchit fortement le pouce dans la paume de la main, porte l'avant-bras dans la pronation. Sa figure pâlit ; elle bleuit aux environs des ailes du nez ; yeux dirigés en haut ; peau froide, pouls très fréquent ; mouvements convulsifs à l'épigastre.

Quelquefois les accès sont plus intenses : contraction violente des membres thoraciques, roideur des extrémités inférieures ; mouvements convulsifs alternatifs du diaphragme et des muscles abdominaux avec gargouillements tumultueux ; palpitations fortes et étendues ; respiration courte et fréquente, grincement des dents, trismus, emprostotonos ; par instants, relâchement momentané, assoupissement ; puis bientôt nouvelles contractions avec roideur de tout le corps ; tout à coup sentiment de frayeur, cri aigu, mouvements comme pour éloigner un objet dont la vue est pénible. La malade ouvre alors de grands yeux dont la pupille est extrêmement dilatée ; tantôt elle les roule avec rapidité, tantôt elle les fixe, puis les paupières s'abaissent, une écume blanche et épaisse s'écoule de la bouche ; assoupissement. Elle porte la main droite au creux de l'estomac, puis au sternum, fait deux ou trois inspirations saccadées, en pousse une profonde, ouvre des yeux. Elle sourit alors, rit, plaisante et n'a d'autre souvenir de son accès que la fatigue qu'elle ressent. Elle se plaint d'une chaleur extrême, de lassitude générale, d'oppression et de céphalalgie.

Dans l'intervalle des accès, mademoiselle Élixa accuse une vive sensibilité dans tout l'abdomen, qui est d'ailleurs météorisé.

La malade a souvent la sensation d'une boule (globe hystérique), partant de l'hypogastre, et se terminant par un resserrement de la gorge et une grande gêne dans la respiration. Elle accuse, en outre, des douleurs locales (clous hystériques) dont le siège est très variable, mais qui, le plus souvent, affectent la partie antérieure droite du thorax. Vive douleur dans le dos ; sensibilité de toute la colonne vertébrale.

Mademoiselle Élixa ne peut garder aucune boisson, et elle en est

réduite à s'humecter la bouche avec de l'eau fraîche, ce qu'elle fait même avec une certaine répugnance.

Tel était l'état de la malade au moment de son entrée dans la maison de santé.

Du 17 au 23, on donna successivement à mademoiselle Élisabeth : bain de trois heures, dix sangsues à la vulve, bain de siège, deux saignées de deux à trois palettes, qui sont suivies d'une amélioration sensible. Les règles commencent à couler.

Le 23, sous l'influence d'une scène pénible, suppression des règles, accès très violent; on parvient à rappeler un peu l'écoulement menstruel, et il en résulte une légère amélioration.

Le 26, douze sangsues à la vulve, bain de siège; mieux sensible.

Le 31, hémoptysie abondante: saignée de deux palettes, amélioration.

Le 2 juin, à la suite d'une émotion; survient un accès très intense. Première selle depuis l'entrée de la malade; matières dures et grumeleuses.

Le 3, accès rares, deuxième selle.

Le 5, céphalalgie; accès fréquents et très intenses.

Le 6, accès violent, que fait cesser une pression légère sur l'épigastre avec le creux de la main.

Le 8, sous l'influence d'une émotion pénible, il survient un accès plus violent que jamais, qui cesse d'ailleurs comme celui de l'avant-veille.

Du 9 juin au 4 juillet, malgré l'application de dix sangsues à la vulve, et une saignée de deux palettes, il ne se manifesta aucune amélioration.

Le 4 juillet, après une saignée de huit onces, il survient un mieux sensible, qui continue les jours suivants.

Le 5, mademoiselle Élisabeth garde pour la première fois un peu d'eau de Seltz, et à partir de ce moment, elle put prendre un peu de bouillon.

Le 28, une frayeur subite fait réparaître les accidents; hémoptysie, accès violents: l'application de la main sur l'épigastre le calme aussitôt; apparition des règles; cessation de l'hémoptysie.

Dans la nuit du 14 au 15 août, hémoptysie abondante, accidents nerveux que fait disparaître une saignée de deux palettes.

À partir du 17, se manifeste sur tout le corps une éruption de pustules d'acné. Leur disparition ramène les accidents, qui cessent de nouveau quand, à l'aide d'un bain chaud prolongé, on est parvenu à faire réparaître l'éruption.

Les jours suivants, le mieux continue après une saignée de deux palettes. Urines très abondantes et noires comme de l'encre; selles copieuses, plus d'hémoptysies.

Dans les derniers jours du mois d'août et dans le commencement de septembre, il survient plusieurs syncopes. Le 6, mademoiselle Elisa prend quelques gouttes d'éther, et tombe aussitôt dans un violent accès d'hystérie, que font cesser deux ou trois cuillerées d'eau froide.

La malade commence dès lors à prendre quelques aliments, et à faire plusieurs promenades.

Le 28, Pécolement menstruel paraît plus abondant qu'à d'habitude.

Le 24 octobre, mademoiselle Elisa quitta la maison, ayant repris un peu d'embonpoint. Depuis un mois et demi elle n'avait pas eu une seule hémoptysie, et elle avait passé un mois sans avoir d'accès d'hystérie. Les règles parurent le mois suivant, et leur écoulement fut dès lors régulier.

Cette malade se maria deux ou trois ans plus tard, et mourut peu de temps après d'une phthisie pulmonaire.

Nous avons beaucoup abrégé le récit fait par l'auteur de cette intéressante observation. Essayons actuellement d'analyser les principaux phénomènes de la maladie de mademoiselle Elisa.

De quelle nature était cette affection? était-ce de l'hystérie ou de l'épilepsie? était-ce une hystérie épileptiforme? nous croyons avec M. Ferrand que mademoiselle Elisa était hystérique. Ce médecin rejette l'hystérie épileptiforme admise par Bouyer-Villermay et beaucoup d'auteurs. Quand nous étions élève à la Salpêtrière, dans le service de M. Lélut, nous avons observé plusieurs cas de véritable hystérie épileptiforme; et quelques-uns des symptômes présentés par mademoiselle Elisa nous feraient volontiers ranger dans cette classe l'affection de cette jeune malade.

Une des circonstances les plus curieuses qu'ait offertes mademoiselle Elisa, c'est la longue abstinence qu'elle a gardée. Pendant seize mois qu'elle est restée chez sa mère, elle a constamment vomé tout ce qu'elle prenait. Dans la maison de santé, pendant cinquante-trois jours, elle n'a pu conserver une seule goutte de boisson; elle se contentait de s'humecter la bouche avec de l'eau fraîche. Pendant cette même période, il n'y eut que deux selles; les urines furent également très rares. Bien que cette longue abstinence offre quelque chose d'insolite, on trouve dans les auteurs des cas de cette nature bien plus extraordinaires encore. (Vander-Viel, Moreau. (de la Sarthe), Lordat, Robert Campbell.)

Le traitement suivi par M. Ferrand de Missol a-t-il toujours parfaitement répondu aux indications?

Nous avouerons que ce médecin nous semble avoir fait bien souvent usage des émissions sanguines générales, et il nous paraît au contraire n'avoir point assez employé les purgatifs résineux, si nettement indiqués par la constipation opiniâtre et l'aménorrhée que présentait mademoiselle Élisa. Mais nous osons, à peine hasarder ici cette opinion, tant il est difficile, à la simple lecture d'une observation, de saisir les indications offertes par les phénomènes pathologiques.

Chez mademoiselle Élisa, l'éther, loin de calmer les accès, ne faisait au contraire qu'en aggraver l'intensité. Delpitt (1) et quelques autres auteurs ont déjà depuis longtemps noté cette particularité, et les faits nombreux observés plus récemment n'ont fait que confirmer cette singulière propriété que l'éther partage avec quelques autres substances, telles que le vinaigre, l'ammoniaque, le chloroforme, etc. Nous devons ajouter d'ailleurs, que parfois, au contraire, ces mêmes substances font merveilleusement disparaître des affections convulsives encore au début.

Nous ne pouvons passer sous silence cette influence remarquable qu'eut plusieurs fois, sur les accès de mademoiselle Élisa, la compression modérée de la région épigastrique. Le plus souvent ce moyen faisait immédiatement cesser l'accès convulsif; dans quelques cas, il fallait deux ou trois minutes.

M. Récamier (2) a rapporté l'observation d'une femme de trente-deux ans, chez laquelle il a obtenu, par le même moyen, la cessation de mouvements spasmodiques qui agitaient, par accès, les muscles thoraciques et abdominaux. Depuis 1838, M. Ferrand de Missol a lui-même en plusieurs fois recours à cette application de la main sur la région épigastrique, et ce moyen lui a presque toujours réussi. Il l'a surtout employé avec un prompt succès dans les syncopes qui surviennent à la suite des saignées. Il se contentait de placer la main sur le centre épigastrique, et de dire à la personne en syncope : « Ouvrez les yeux, » et le plus souvent elle les ouvrait immédiatement. M. Ferrand rapporte, à cette occasion, un fait très-curieux qui s'est offert à son observation. Ce médecin ne sait d'ailleurs à quoi attribuer cette influence de l'application de la main sur l'épigastre. Le reflux du sang vers le cerveau, produit par la compression des gros vaisseaux de cette région, n'est-il point pour quelque chose dans ce

(1) *Journal de la Société de médecine des Parisiens*, 1849.

(2) *Bibliothèque médicale*, octobre 1828.

phénomène? ou bien, encore, ne faudrait-il pas l'attribuer à la secousse légère que cette compression provoque dans les ganglions nerveux du grand sympathique.

Nous devons signaler enfin l'éruption pustuleuse qui a coïncidé avec la disparition des accidents. C'est évidemment là un véritable phénomène critique. Lorry, Boerhaave, Stoll et Whytt (1), ont d'ailleurs rapporté des faits analogues relatifs également à des affections nerveuses. Nous en dirons tout autant de l'émission d'urines abondantes et noires. Hippocrate fait mention d'une femme chez laquelle le retour des règles, suspendues depuis longtemps, coïncida avec un écoulement d'urines complètement noires. Willis et Reil ont vu des hypochondriaques reconvrir leur santé après avoir rendu des urines semblables. Il est donc permis, avec M. Ferrand, de considérer ce phénomène comme ayant été la crise de la maladie de mademoiselle Élisabeth.

Mémoire, sur le traitement de l'éclampsie puerpérale, par
M. MIQUEL (d'Amboise). (Numéro d'avril 1849.)

L'auteur se propose d'établir dans ce travail :

1° L'efficacité de l'opium dans l'éclampsie puerpérale liée à l'anasarque;

2° L'utilité dans les mêmes cas des vésicatoires volants appliqués sur la région inguinale.

M. Miquel rapporte trois observations à l'appui de ces propositions.

Bulletin général de thérapeutique.

1848 (2^e, 3^e et 4^e trim.) et 1849 (1^{er} et 2^e trim.).

De la paralysie générale progressive, par M. SANDRAS.
(Numéro de juillet 1848.)

M. Sandras n'a point observé la paralysie générale dans les établissements d'aliénés, mais uniquement dans la pratique civile et dans des hôpitaux ordinaires. Aussi la description qu'il donne de cette maladie manque-t-elle de quelques éléments que ce médecin eût pu observer lui-même, s'il eût suivi tous ses malades pendant plusieurs années. Il n'a vu pour ainsi dire, de la paralysie générale, que les prodromes, que les médecins spéciaux n'observent presque

(1) *Traité des maladies nerveuses hypochondriaques et hystériques*. Paris, 1777, t. I, p. 766.

jamais, et dont souvent ils méconnaissent l'existence. J'ai la conviction que plusieurs des malades dont l'observation a servi de base à la description de M. Sandras sont morts plus tard dans des établissements spéciaux. Quoi qu'il en soit, nous citerons quelques passages de ce travail, qui nous ont paru offrir le plus d'intérêt. Cette maladie est en général considérée comme propre aux aliénés, et particulièrement à l'espèce d'aliénés qui peuplent en qualité de dieux, de rois, de maîtres de toute la terre, ou tout au moins de millionnaires, les maisons qui leur sont consacrées. C'est, en effet, vrai que cette sorte de paralysie termine presque toutes les folles ambitieuses; mais il ne serait pas juste d'en conclure qu'elle est exclusivement réservée aux déments de cette espèce. Il n'y a pas d'année où quelques paralysies générales progressives ne se fussent voir dans nos hôpitaux consacrés aux maladies générales, et n'y présentent tous leurs symptômes incontestables, sans que l'aliénation mentale ambitieuse, ou autre, ait le moins du monde signalé le début de la maladie. J'en ai rencontré plusieurs exemples en ville, et, au moment où j'écris ces lignes, je compte parmi mes malades de l'hôpital Beaujon deux curieux exemples de l'altération des fonctions nerveuses sans délire, à laquelle convient le nom que je propose de conserver à cette maladie. En somme, l'observation prouve qu'elle est très commune chez les aliénés, assez rare dans les autres conditions, mais dans tous les cas fort intéressante et digne d'une étude spéciale.

» La maladie peut commencer sous des formes assez diverses. Sans parler du début le plus commun qu'elle présente, celui qui la fait procéder de la manie ambitieuse, et qui sortirait de mon sujet, je ferai remarquer que, même comme maladie nerveuse indépendante de troubles primitifs de l'intelligence, elle peut se montrer dès le principe avec des phénomènes très différents de siège et d'apparence.

» Le plus ordinairement elle débute par un trouble marqué de la parole. Les malades ont conscience de leurs idées comme à l'ordinaire; les mots ne leur manquent pas pour les exprimer; mais ils éprouvent une difficulté à prononcer qui leur donne une expression de doute et d'hésitation toute particulière; leurs lèvres, leur bouche, leur mâchoire inférieure, et en même temps leur langue, font effort pour se mettre dans la disposition convenable à la prononciation. Il en résulte une sorte de bégaiement, de blesité singulière et fatigante, une lenteur confuse dans le parler, qui laisse l'observateur en suspens sur la question de savoir si c'est la mémoire, l'intelligence, le mot ou la prononciation qui font défaut. Ce

vice de la parole va s'augmentant tous les jours, et bientôt est accompagné d'autres désordres nerveux; les mains et les bras s'engourdissent, perdent la délicatesse de toucher qu'ils avaient, la prestesse de mouvement qui leur était naturelle; les malades ne viennent maladroitement, tiennent mal les corps qu'ils prennent, le tact et la force leur manquent à la fois; puis les extrémités inférieures s'affectent à leur tour; le sol est moins bien palpié; les pieds sont moins flexibles et se heurtent plus facilement contre les inégalités du terrain; les orteils, roides et un peu fléchis, se redressent moins bien et se remuent avec difficulté; la pointe des pieds se tient abaissée vers la plante; les genoux sont presque à demi fléchis, et les membres inférieurs, affaiblis à la fois et comme contracturés, se refusent à soutenir le corps.

» Dans d'autres cas, le progrès de la maladie ne suit pas le même ordre. J'en ai vu qui commençaient par les extrémités inférieures, d'autres par les bras ou plutôt les mains; puis la progression de la maladie s'étendait successivement aux autres extrémités ou à la parole, et, au bout d'un temps plus ou moins long, en marchant de la périphérie vers le centre, la maladie finissait toujours par envahir progressivement tous les organes dont j'ai parlé plus haut.

» En outre des malades chez qui l'ensemble des symptômes de la paralysie générale est complet, on rencontre assez souvent des faits dans lesquels la maladie semble se borner à certains organes. J'ai observé des paralysies tout à fait comparables à celles que je viens de décrire, avec cette différence seulement qu'elles se limitaient dans les extrémités supérieures et inférieures, ou bien dans les organes de la prononciation; je les aurais même, à cause de la prédominance de paralysie d'un côté, souvent classées parmi les paralysies partielles, si je n'avais pas en même temps constaté des désordres généraux infiniment légers, mais non douteux, qui établissaient la liaison de famille avec la paralysie générale. Les sujets gravement empoisonnés par le plomb flottent à chaque instant entre ces deux classes.

» Quand la paralysie progressive s'arrête dans son cours, et prend une marche heureuse vers la guérison, les fonctions subissent progressivement une amélioration inverse des phénomènes d'aggravation que je viens de décrire, et retournent lentement vers la santé. Je n'ai jamais vu cette maladie se transformer brusquement en une santé satisfaisante; la convalescence, quand il y en a eu, a toujours été au moins aussi lente que l'avait été la marche ascensionnelle des symptômes.

Le pronostic de cette maladie est toujours fort grave; le plus grand nombre des malades succombe après un temps plus ou moins long. Je n'ai jamais observé de cas dans lequel l'affection ait pris une marche aiguë rapidement mortelle ou heureuse. J'ai plusieurs fois vu les malades mourir au bout de quelques mois. J'ai aussi rencontré de ces malades dont l'affection montrait avec une lenteur extrême pendant plusieurs années. Quelques uns m'ont donné au bout de plusieurs mois de traitement la satisfaction de voir s'établir lentement, mais régulièrement, une véritable convalescence. Le retour vers le mieux a toujours été excessivement lent, et jamais je n'ai vu les malades reprendre complètement leur agilité, leur délicatesse de sens, leur adresse de mains, leur force pour la marche comme avant la maladie. Ce qui avait été diminué pour la mémoire et pour l'intelligence pendant le cours du mal m'a semblé se remettre un peu mieux que les autres fonctions dépendantes du système nerveux. Je n'ai pas vu guérir, ni même s'améliorer des malades parvenues à la période de paralysie du sphincter; j'ai obtenu des guérisons satisfaisantes chez des malades qui avaient présenté tous les symptômes que j'ai décrits jusqu'à cette période. Il en faut conclure que le pronostic est d'autant plus grave, que la maladie a marché pendant plus longtemps, et que le médecin a été consulté plus tard. Il n'est pas raisonnable d'espérer que l'on guérisse ces maladies, toutes les fois qu'on sera appelé dès le début; mais il est encore possible même dans cette paralysie bien déclarée, de prétendre à une bonne fin. C'est une des grandes différences qui distinguent cette paralysie sans aliénation mentale de celle des aliénés, qui est toujours infailliblement mortelle.

JOURNAUX BELGES.

1847 et 1848 (1).

I. Archives de la médecine belge.

1847 et 1848.

- 1^o Observation d'une grossesse compliquée d'éclampsie ayant nécessité l'accouchement forcé et suivie de manie puerpérale par M. SELADE. (Numéro d'avril.)

Le 27 juin 1844, M. Selade fut appelé pour donner des soins à

(1) V. *Annales médico-psychologiques*, t. X, p. 140.

la dame K... enceinte de huit mois et atteinte de convulsions éclamptiques. On avait déjà pratiqué deux saignées copieuses, et appliqué des sinapismes sur les extrémités inférieures, mais tout cela sans amélioration aucune. Quand M. Sélade arriva près de la malade, les accès convulsifs duraient depuis deux heures environ et se reproduisaient à des intervalles très rapprochés. Ce médecin fut lui-même témoin d'une attaque assez violente. Au désordre général qui dura de trois à quatre minutes succéda la stupeur, et une sorte de coma avec dilatation des pupilles, et une violente constriction des mâchoires. Dans l'intervalle des accès, les facultés intellectuelles étaient abolies, et les organes des sens privés de leurs fonctions.

M. Sélade et les deux confrères qui donnaient avant lui leurs soins à la dame K... procédèrent alors à un examen minutieux de l'état de la malade. La présence du fœtus dans la matrice leur ayant paru être la seule cause probable de ces accidents épileptiformes, ils firent d'abord vainement usage de quelques agents thérapeutiques usités en pareil cas; puis les accès se rapprochant, et l'état comateux devenant de plus en plus inquiétant, ils se déterminèrent à pratiquer l'accouchement prématuré artificiel. Cette opération se fit sans beaucoup de difficultés.

Madame K... éprouva encore trois ou quatre accès dans l'espace d'une heure à partir du moment de sa délivrance, mais ils étaient moins violents. Néanmoins l'état comateux persistant toujours, on prescrivit un bain tiède, des applications froides sur la tête et des révulsifs sur les extrémités inférieures. Au bout de quelques heures une forte réaction s'étant opérée, on pratiqua une saignée de six onces.

Le lendemain 30, l'état de la malade était assez satisfaisant: l'intelligence était revenue à son état normal, les lochies coulaient bien; on continua néanmoins les révulsifs et l'on y ajouta 15 grammes de nitrate de potasse à l'intérieur.

Le 1^{er} juillet, M. Sélade apprit que depuis deux ou trois heures du matin la malade était extrêmement agitée. Il put constater en effet une grande mobilité dans les traits de la face; les idées se succédaient avec une étonnante rapidité et étaient surtout fort incohérentes; la malade était d'une loquacité effrayante; en un mot, on reconnaissait chez elle tous les symptômes caractéristiques de la *manie puerpérale*. Cependant comme l'état général était assez satisfaisant, aucun moyen thérapeutique ne fut dans le principe dirigé contre cette nouvelle affection.

Le 2, l'état général était assez bon; les lochies coulaient bien,

mais l'excitation maniaque avait augmenté : la nuit, la malade n'avait cessé un instant de parler, de jeter ses couvertures, ou bien de sortir de son lit. M. Sélade prescrivit alors l'extrait de valériane associé à l'assa foetida et au lactucarium : chaque pilule contenait trois grains et la malade devait en prendre six par jour; on continua en même temps l'eau froide sur la tête.

Dans la nuit du 2 au 3, madame K..., d'abord fort bruyante, s'était calmée vers le matin. La sécrétion lactéuse s'était établie. (Même médication.)

Les jours suivants cette amélioration continua et vers la fin du mois la mère et l'enfant étaient en fort bonne santé.

M. Sélade fait suivre cette observation de quelques réflexions sur la nature et la cause de la manie puerpérale. Ce médecin semble porté à croire que cette affection doit être attribuée à de fortes dépletions sanguines, pratiquées sur des femmes dont le système nerveux se trouve déjà dans un état d'éréthisme et d'exaltation, et qui produisent alors une nouvelle perturbation dans le système nerveux. Cette opinion n'est point nouvelle assurément et diffère peu de celle qui est le plus généralement admise.

2^e De l'emploi thérapeutique de l'émétique, par M. HELIN.

(Numéro de juillet.)

M. Helin ne se propose point dans ce travail d'indiquer les cas où l'emploi de l'émétique peut être de quelque avantage; praticien depuis plus de vingt ans, il a eu plusieurs fois l'occasion d'employer avec succès l'émétique à haute dose dans certaines affections de l'encéphale ou de la moelle, telles que des *apoplexies avec paralysie*, des cas de *folie aiguë naissante*, des *lombagos avec commencement de sciatique*, et les bons effets qu'il en a obtenus l'ont engagé à rapporter un de ces faits, d'ailleurs fort intéressant, dont nous ferons connaître les principales circonstances.

Le nommé Dubois, quarante-huit ans, d'un tempérament bilieux, adonné aux alcooliques, vint trouver M. Helin le 2 juillet 1847, se plaignant depuis quelques jours de céphalalgie gravative, de lassitude spontanée, de perte d'appétit sans soif. Il avait la langue pâle, un peu limoneuse, la voix très altérée, le pouls à 75, mou, sans chaleur à la peau, ni aucun autre symptôme du côté des voies digestives. — Saignée un peu forte, pédiluves irritants, diète.

Le 3 et le 4, un peu de mieux.

Le 5, D., prend un purgatif le matin. Le soir, quelques traces de délire tranquille.

Le 6^e de maladie (à bien entendu). Les délire continué, réponses lentes et incohérentes; stupeur; rêvaserie; tête projetée en arrière; yeux constamment fermés; urines involontaires, poids à 60, mais sans chaleur à la peau. Large sinapisme aux malléoles; huit sangsues aux tempes, potion avec 60 centigrammes de tartre stibié dans 375 grammes d'eau à prendre par cuillerée à café toutes les trois heures. Cette potion produitait quelques saignées, mais qui vomissaient; plusieurs déjections alvines qu'il liquides et involontaires. Le 9^e matin, un peu de mieux; bien-être suivi d'une fièvre aggravee des symptômes; poids mou à 85; contractilité avec roideur des muscles postérieurs du cou et des membres thoraciques; yeux chassieux; faciès hippocratique comme d'habitude. Large sinapisme à l'entour des malléoles; osyrate sur le front; potion à 4 grains de quinquina d'émétique. Le soir un peu de mollesse à la peau; le 10^e matin plus prononcé, léger trismus; on a saigné le 8^e au matin; stupeur encore prononcée; un peu de respiration thoracique même état du reste. Cessation de la potion stibiée le 10^e soir. Le 9^e mieux sensible. — Potion avec infusion de bouillottes à 4 grammes de nitre et 30 grammes d'oxyde scillitique à prendre par cuillerée d'heure en heure. Le soir à huit heures on a plus prononcé.

Le 10^e, le mieux continue. — Même potion, sinapisme à la nuque. Le 11^e la physionomie est plus hébété. — Même traitement. Le 12^e quelques symptômes graves réparaissent; tels que la somnolence, le délire; les excretions involontaires. — Potion avec 20 grammes de feuilles de séné et 4 gr. 10 centigr. de tartre stibié à prendre comme ci-dessus; sinapisme; osyrate sur le front. Le soir il y a un mieux sensible; on cesse la potion émétique et l'on reprend la mixture scillitique nitrée.

Le 13^e, somnolence profonde; réponses vagues et incohérentes, insensibilité de la peau; poids à 80. — Même traitement. Le soir on reprend la potion émétique.

Le 14^e au 15^e, mieux sensible. — Même traitement. Le 17^e la convalescence est certaine. — Bouillon léger de veau, eau acidulée. L'amélioration continue les jours suivants jusqu'à guérison complète; il serait peut-être assez difficile de se prononcer d'une manière positive sur la nature de cette affection qui offre à la fois les symptômes du tétanos et ceux d'une trachinitis ou d'une encéphalite, ou même d'une hydrocéphale aiguë. Quoi qu'il en soit, le succès

obtenus par M. Billaud, et que ce médecin attribue avec raison à l'emploi de l'émétique, mérite de fixer l'attention des praticiens.

2^e *Trépan iodique*, par M. DECROIX, (Mars 1845.)

L'auteur rapporte sous ce titre l'observation d'un gendarme âgé de cinquante-cinq ans, qui, à la suite d'un long traitement par l'iodure de potassium administré pour une dartre pustuleuse située au front, fut pris d'accidents nerveux que nous croyons devoir rapporter. Ces accidents survinrent six semaines après qu'on eut complètement cessé l'iodure furent les suivants : érection et balancement dans les mouvements, vacillation des membres inférieurs, espèce d'ivresse, regards hagards, hébétés, vue très-affaiblie et ne s'étendant pas au loin ; des objets lui paraissaient souvent doubles, et soumis à un mouvement de rotation. Peu de temps après survint un nouveau symptôme. Quand il voulait manger, le malade ne pouvait ouvrir ni les lèvres ni les joues ; les muscles des deux côtés de la face étaient paralysés, en sorte qu'il était forcé de résoudre les aliments avec ses doigts ; il eut en outre dans le dos, la tête et les membres, des sensations vagues qu'il ne put définir. Cet état singulier ne fit que s'aggraver ; la parole devint saccadée et bruyante. Néanmoins les fonctions s'exécutaient bien, le sommeil était bon, et le malade ne se plaignait de rien.

M. Decroix, croyant devoir attribuer tous ces accidents à la présence de l'iode dans l'économie, fit recueillir les urines, et y constata en effet la présence de ce corps à l'état salin. Son traitement eut dès lors pour objet d'éliminer l'iode de l'économie, et à cet effet, il eut recours successivement aux sudorifiques, aux diurétiques et aux purgatifs ; il y ajouta des calmants du système nerveux.

Un mois après il n'existait plus d'iode dans l'économie, et l'on eut recours alors aux antispasmodiques, aux toniques, aux bains froids et à un régime fortifiant. Cette médication n'eut à peu près aucun effet. L'emploi de la strychnine produisit quelques flaccidités et secousses dans les membres, mais n'amena en définitive aucun résultat avantageux ; tout traitement fut dès lors abandonné.

Au mois de juillet 1846, quatre mois environ après le début des premiers accidents, le malade était dans l'état suivant : Sentiment d'ivresse, vue affaiblie, marche vacillante, quoique plus assurée ; tremblement des muscles ; bien souvent il ne reçoit pas l'impression du sol sur lequel il se meut, et trébuche facilement ; il ressent de fréquentes douleurs dans les mollets, surtout quand il

monte un escalier, son millement dans les membres inférieurs, avec sensation de chaleur ou de froid. Ni céphalalgie, ni douleur à la pression de la colonne vertébrale. Quelquefois tremblement de la langue qu'on ne peut réprimer. La dartre pustuleuse a reparu dans toute sa force, et le malade, découragé, semblait tombé dans une véritable hypochondrie qui faisait craindre une démence prochaine. Peu de temps après, en effet, ce malade est devenu complètement fou, et il s'est jeté par une fenêtre d'un premier étage.

Nous avons rapporté cette observation avec quelques détails à cause de l'analogie qu'offre l'affection de ce gendarme avec les phénomènes pathologiques éprouvés par certains individus qui ont été soumis pendant longtemps à l'influence délétère des préparations de cuivre ou de plomb. Tous ces accidents semblent du reste se rapporter à des congestions cérébrales, phénomène qu'il n'est pas très rare d'observer chez les individus qui font usage des préparations iodurées. Nous devons dire cependant qu'il n'est pas commun dans ces cas d'observer des accidents aussi graves que ceux présentés par le malade de M. Decondé, surtout près de six semaines après la cessation du traitement par l'iode. Cette observation offre donc sous ce rapport un grand intérêt. Quant à l'affection pustuleuse du front, nous ne serions point étonnés que sa disparition ait été pour quelque chose dans le développement des accidents nerveux.

4^e Effet du chloroforme chez un aliéné, par M. VAN HUEVEL. (Numéro de mal.)

Voici un nouveau moyen de faire manger les aliénés qui refusent de prendre des aliments. M. Van Huevel, dans le but d'annihiler simultanément la volonté et l'action musculaire d'un aliéné chez lequel il se proposait d'employer l'instrument de M. Bougard (1), le soumit aux inhalations du chloroforme; il espérait profiter du moment de la non-conscience des actes, qui succède à son action anesthésique, pour faire avaler quelques aliments; malheureusement les mâchoires restèrent fortement contractées, malgré l'annihilation de la sensibilité et de l'action musculaire, et il fut impossible d'en obtenir l'écartement.

Une heure après, et au moment où l'on se mettait en mesure d'introduire l'instrument en employant l'électricité, le malade consentit à prendre la nourriture qu'on lui présentait.

(1) Voy. *Annales médico-psych.*, t. X, p. 144.

Nous ne voulons en rien critiquer le procédé employé par les médecins belges; mais nous sommes étonné que dans des cas aussi difficiles, ils n'aient point recouru à l'introduction de la sonde œsophagienne par les fosses nasales.

5° *Maladies du système nerveux* (clinique de l'hôpital St-Jean), par M. LEQUIME. (Numéro d'août.)

Les hôpitaux de Paris ne sont point les seuls où l'on rencontre des cas de paralysie générale. Dans l'espace de quatre mois, et sur une population de cent soixante-six malades, M. Lequime, médecin de l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles, a observé deux faits dont l'un annoncé est bien évidemment un cas de paralysie générale progressive. Nous citons textuellement :

« Strauss (Henri), âgé de trente-quatre ans, atteint il y a un an d'une apoplexie cérébrale à la suite de laquelle il a conservé un embarras de la parole, est sorti de l'hôpital, guéri de la congestion cérébrale (pour laquelle il était entré); mais conservant toujours une semi-paralysie de la langue.

« Dury (Joseph), âgé de trente-deux ans, éprouvait depuis quatre semaines avant son entrée à l'hôpital des symptômes de congestion cérébrale et de l'incertitude dans les mouvements. Après avoir guéri de la congestion cérébrale grave pour laquelle il était entré à la clinique, il a conservé un grand embarras dans la parole et dans les mouvements des membres, et un affaiblissement notable de l'intelligence.

M. Lequime incline à penser que chez ces deux malades il existait un ramollissement cérébral.

II. *Annales de la Société de médecine d'Anvers*, 1847 et 1848.

1° *Observation d'une profonde perturbation dans les systèmes nerveux de la vie organique et de la vie de relation, produite sous l'influence de causes morales*, par M. LUYCK. (Numéro de janvier 1847.)

2° *Hémiplégie faciale idiopathique*, par M. LUYCK. (Numéro de février.)

La paralysie dépendait d'une lésion du nerf facial. L'auteur pense, quand la paralysie est limitée aux muscles de la face, que l'affection est toujours de cause locale. La science possède quelques faits qui ne permettent point d'admettre cette assertion formulée d'une manière aussi absolue.

3° *Traité de la paralysie générale chronique considérée spécialement chez les aliénés*, par M. HUBERT RODRIGUES. (Numéros d'avril, mai et juin.)

Travail fort long dont nous ayons donné un compte rendu dans le dernier numéro des *Annales*.

4° *Quelques considérations psychologiques sur l'aliénation mentale*, par M. le docteur BERCHEM. (Numéro de février 1848.)

Ce mémoire est un exposé assez complet de l'état actuel de la science pour ce qui regarde les maladies mentales. La Belgique est, sous le rapport des établissements d'aliénés, un des pays les plus avancés. M. Berchem, en signalant le mal et en indiquant les meilleurs moyens d'y remédier, fera peut-être sentir au gouvernement belge ce qu'il doit et ce qu'il peut faire.

III. *Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand*. 1847 et 1848.

1° *Observation d'hydrocéphale scarlatineuse*, par M. le docteur BEXDLE. (Numéro d'août 1847.)

2° *Nevrose terminée par une véritable sclétyroie d'accès*, par M. de RUDDE. (1848.)

IV. *Journal de médecine, de chimie et de pharmacologie de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles*. 1847 et 1848.

1° *Enfant gâté; hypochondrie; mélomanie; puissance de l'isolement; guérison*, par M. THIRION. (Numéro de mars 1847.)

2° *Observations de paralysies et de convulsions idiopathiques de la face*, par M. BINARD. (Numéro de septembre.)

Les observations rapportées par M. Binard viennent corroborer les assertions émises par le professeur François de Louvain, dans son *Essai sur les convulsions idiopathiques de la face*.

Dans la première observation, il s'agit d'un homme de trente ans, d'un tempérament nerveux-sanguin, qui fut pris tout à coup d'une hémiplégie faciale droite sans symptômes du côté de l'encéphale sans fièvre ni douleur. Quelques ventouses scarifiées à la nuque et derrière les oreilles eurent facilement raison de cette affection.

La deuxième observation consiste en une hémiplegie faciale du côté droit survenue sous l'influence d'un froid local chez un individu prédisposé aux affections nerveuses; elle fut guérie par le même moyen, mais moins rapidement.

Les troisième et quatrième observations sont également des cas d'hémiplegie faciale, et offrent une grande analogie avec les précédentes.

La cinquième observation présente un cas très compliqué de convulsion et de paralysie de la face avec névralgie. La convulsion, la paralysie, et enfin la névralgie, étaient survenues successivement sous l'influence de la même cause, le froid. La paralysie fut celui des trois phénomènes qui persista le plus longtemps. Il en restait encore quelques traces au bout de six ans.

Dans la sixième observation, l'auteur décrit un cas de convulsion idiopathique de la face du côté droit survenue presque immédiatement après la naissance, et attribuée à l'eau froide répandue sur la tête au moment du baptême. La malade conserva cette habitude vicieuse à laquelle elle a fini par s'habituer.

L'observation septième est un cas de convulsions idiopathiques des doigts. Madame B..., âgée de trente-sept ans, a eu en 1840 une grossesse pénible et douloureuse, pendant laquelle se sont déclarées plusieurs affections spasmodiques. Une saignée fut pratiquée sur le dos de la main; peu de jours après se manifesta dans les trois derniers doigts de cette main une diminution notable de la contractibilité des muscles extenseurs, qui ne fit que s'accroître sous l'influence d'affections morales pénibles. Quand le pouce et l'index agissaient isolément, les trois autres doigts fortement fléchis se fixaient avec force contre la paume de la main; le pouce, l'index et le médius entraient-ils simultanément en action, pour écrire, par exemple, toute la main par un mouvement spasmodique se portait en pronation; le pouce se fixait dans la paume de la main et tout travail devenait ainsi impossible. Des mouvements moins précis exigeaient de la part de madame B... une grande attention, et même un point d'appui pour l'avant-bras tout entier; encore ces mouvements étaient-ils très fatigants et douloureux. La sensibilité cutanée était restée intacte.

Les praticiens consultés furent peu d'accord sur la nature de l'affection et sur la médication à employer. Enfin, on se décida à adopter un mode de traitement mixte. On combattit la constitution nerveuse de la malade par des sédatifs généraux, et les troubles de la motilité par des sédatifs locaux. L'électricité servit à régula-

riser l'innervation dans les parties malades. On obtint ainsi une guérison complète.

Nous avons longuement insisté sur cette observation, à cause de son analogie avec l'affection décrite par d'autres auteurs, et en particulier par M. Cazenave et Bardsley, sous le nom de *crampes des écrivains* (*Schreibekrämpf* des Allemands), et dont les journaux ont déjà plusieurs fois rapporté des observations. Cette singulière affection mérite en effet de fixer l'attention des médecins.

34. *Quelques réflexions sur les effets du haschisch*, par CLOT-BEY. (1848.)

4. *Note sur l'emploi du chloroforme à l'intérieur dans l'hystérie*, par M. PIGEOLET.

Nous avons eu plusieurs fois déjà l'occasion de rapporter dans ce journal des cas de guérison d'affections hystériques par l'emploi du chloroforme. L'observation suivante recueillie par M. Pigeolet ne fait que confirmer les bons effets de ce médicament.

Une jeune femme très nerveuse, était prise d'accès convulsifs sous l'influence de la moindre émotion. Ces accès débutaient par une douleur dans l'hypogastre, puis des *roulements gazeux* se faisaient sentir dans l'abdomen, et au bout d'une heure environ survenaient la sensation d'étouffement, la perte de connaissance, l'insensibilité, enfin tout le cortège habituel de l'hystérie. La plupart des remèdes usités, en pareil cas ayant été inutilement employés, M. Pigeolet conseilla le chloroforme et laissa à cet effet à la malade l'ordonnance d'une potion contenant douze gouttes de chloroforme à prendre en deux heures. Au premier accès, la malade fit usage de la potion et s'endormit avant d'avoir vidé la fiole.

L'auteur de cette observation ajoute, du reste, qu'un essai du même genre dans des circonstances à peu près identiques ne fut point suivi de succès.

5. *Observation de chorée intense, guérie rapidement par l'arséniate de potasse*, par M. DIEUDONNÉ.

Nous avons déjà dit (voy. *Ann. méd. psych.*, t. XII, p. 110) combien il fallait user modérément d'un médicament aussi difficile à manier que l'arséniate; nous n'en pensons pas moins que c'est un agent précieux auquel les praticiens feront bien quelquefois d'avoir recours dans les cas où l'origine de la chorée n'est point connue.

L'observation suivante rapportée par M. Dieudonné ne peut que les engager à entrer dans cette voie.

Le 1^{er} mai 1848, ce médecin fut appelé pour donner des soins à une petite fille de neuf ans, d'une constitution délicate et lymphatique. Depuis quinze jours, les parents s'étaient aperçus que cette enfant était moins gaie, moins joyeuse que d'habitude, et que le bras droit était agité par des mouvements continuels; ces mouvements, peu marqués d'abord, devinrent de jour en jour plus intenses, et envahirent enfin les membres inférieurs du même côté. A l'époque de la visite de M. Dieudonné, le membre supérieur droit était impropre à tout service; la marche était très difficile. Comme il existait un état saburral bien caractérisé, la malade fut d'abord purgée, puis soumise à l'usage de substances antispasmodiques (oxyde de zinc, jusquiame, valériane). Ce traitement parut devoir réussir; car au bout de cinq ou six jours, les mouvements involontaires étaient beaucoup moindres. Mais le 13 les choses étaient bien changées; les spasmes étaient beaucoup plus intenses, ils avaient envahi la tête et les membres gauches; de ce côté même ils étaient plus prononcés qu'à droite. Les muscles de la face étaient continuellement en mouvement. La langue elle-même était tellement agitée, que l'articulation des mots était impossible. Même impossibilité de la déglutition; les bouillies avec lesquelles on nourrissait la malade s'échappaient en grande partie de la bouche. Sommeil rare et agité.

Avant d'expérimenter la médication arsenicale, la maladie fut abandonnée à elle-même pendant trois ou quatre jours, probablement sans amendement notable. Vouant donner l'arséniate de potasse à une dose très minime, M. Dieudonné s'arrêta à la formule suivante :

Pr. Teinture de Fowler. . . . 12 gouttes.

Eau distillée 30 grammes.

A prendre cinq gouttes matin et soir dans une cuillerée d'eau non sucrée.

Ce traitement fut commencé le 16 mai. Dès le 19, la malade se promenait au jardin, allant bien un peu de côté et d'autre, mais se dirigeant vers les points qu'on lui indiquait; les mouvements des bras et de la tête avaient également beaucoup moins d'intensité; la déglutition et la parole étaient infiniment plus faciles, les nuits étaient meilleures. Ce traitement n'avait d'ailleurs déterminé aucun accident du côté des voies digestives.

Le 23, l'amélioration était encore plus prononcée. La marche était

facile, la parole était tout à fait revenue; la dose du médicament fut doublée.

Le 23, la guérison pouvait être regardée comme complète; il ne restait plus qu'une légère oscillation du tronc, se manifestant seulement quand on faisait rester la malade immobile dans la position d'un soldat sans armes.

La médication néanmoins a été continuée quelque temps encore. L'enfant a été revu les 2 et 10 juin; la guérison s'était maintenue.

V. Annales de la Société médico-chirurgicale de Bruges.

1847 et 1848.

Épanchement considérable dans le cerveau par suite d'une chute sur la tête; mort; autopsie, par M. VERRIEST.

Le fait le plus curieux de cette observation est le siège de l'hémorrhagie. Le coup avait porté sur l'occiput, et cependant sans fracture aucune, on trouva un épanchement sanguin au-dessous des membranes, à la partie inférieure du lobe moyen droit, où la substance cérébrale était détruite dans une petite étendue. La chute avait été immédiatement suivie de perte de connaissance et de résolution des membres. Cette circonstance, jointe à une petite plaie à l'occiput qui indiquait nettement le point qui avait porté sur le sol, ne pouvait guère faire soupçonner le siège de l'épanchement.

VI. Annales de la Société médicale d'émulation de la Flandre occidentale

1848.

Observation sur les effets du chloroforme à l'intérieur, par M. J. OSSIEUR. (Numéro d'avril.)

Dans un cas d'hystérie épileptiforme, dont les accès revenaient tous les six à dix jours, et duraient de vingt-quatre à quarante-huit heures, après avoir employé sans succès plusieurs des médicaments usités en pareil cas, M. Ossieur administra dix gouttes de chloroforme dans une solution de gomme arabique de quatre onces, à prendre par cuillerée à bouche toutes les demi-heures. La mixture n'était pas encore terminée, que la malade fut prise d'un sommeil bienfaisant et réparateur, au sortir duquel tout était rentré dans le calme. Cette attaque n'avait duré que six heures. La suivante fut plus courte encore. Quelque temps après, une attaque nouvelle étant survenue, M. Ossieur n'employa point le chlo-

réforme dans le but de faire une expérience comparative : l'accès fut très intense, et dura environ trente heures.

Le malade en question était une jeune fille de seize ans, chez qui la menstruation ne s'était pas encore établie. L'affection hysterique étant évidemment sous la dépendance de cette amenorrhée, l'auteur avait prescrit, en même temps que le chloroforme, des pilules ferrugineuses et des bains de pieds sinapisés. L'écoulement menstruel étant survenu sous l'influence de cette médication à la suite de l'attaque dont nous venons de parler, cette attaque fut la dernière.

L. LUNIER.

V. Annales de la Société médico-chirurgicale de Bruges.

JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS.

Années 1846 et 1847.

Le fait le plus curieux de cette observation est le siège de l'hémorrhagie. Le coup avait porté sur l'occiput, et cependant sans fracture apparente, on trouvait un épanchement sanguin abondant.

The American Journal of the medical sciences.

Les numéros de l'année 1846, renferment les articles originaux suivants.

1. **Sur un cas remarquable de plaie du cerveau,** par M. FORMAN.

Le malade qui fait le sujet de cette observation vécut plus d'un mois, bien qu'une partie du cerveau ait été détruite par un projectile d'arme à feu. On observa chez ce malade la perte de la parole; mais les lésions étaient trop graves pour qu'il fût possible d'établir aucun rapport entre ce phénomène et les altérations constatées à l'autopsie.

2. **Deux observations d'épilepsie,** par M. CAMPBELL.

Les cas de guérison d'épilepsie sont assez rares pour que nous croyions devoir donner une analyse succincte des deux observations rapportées par le docteur Campbell.

OBSERVATION I.^{re} Épilepsie de cause traumatique guérie par la trépanation. — J. S. avait été frappé par une dent de foudre qui était entrée dans le côté gauche du crâne, trois pouces en avant au devant de l'apophyse zygomatique. L'instrument avait pénétré

à une profondeur de quatre pouces. On le couvrit avec un bandage et on le lava avec de l'eau froide. Le malade mourut le 14^{ème} jour.

Années médico-physiologiques, t. I, 2^e série, numéro de janvier.

obliquement à la profondeur d'un pouce et demi environ. Il s'ensuivit immédiatement une hémiplegie du côté droit et la perte complète de la parole. Grâce à un traitement bien dirigé, il ne se déclara point pour le moment d'autres accidents, et, au bout de six mois, J. S... put marcher avec des béquilles, et parler assez bien pour se faire entendre. Mais il survint à cette époque une affection épileptique dont les accès se reproduisirent pendant une année à des intervalles de huit ou dix semaines, puis revinrent assez régulièrement tous les trois mois. M. Campbell proposa de pratiquer une couronne de trépan sur le point même de la blessure antérieure. Le malade y consentit. On constata à la face interne de l'os la présence d'une fissure dont on ne put reconnaître l'étendue. Le résultat de cette opération fut merveilleux. Les accès d'épilepsie, d'abord beaucoup moins fréquents, finirent par disparaître complètement, et, depuis bientôt quatre ans, J. S... n'a plus eu d'accès. Il a recouvré en même temps la parole et l'usage des membres paralysés.

Ce n'est pas la première fois qu'on pratique la trépanation dans le but de guérir l'épilepsie, mais nous ne connaissons pas de cas où cette opération fût aussi bien indiquée et ait produit un résultat aussi satisfaisant.

OBSERVATION II. Épilepsie grave indirectement guérie par le magnétisme animal. — Un jeune homme était atteint depuis plusieurs années d'une affection épileptique dont les accès se manifestaient pendant le sommeil. D'abord assez rares pour ne point empêcher le malade de travailler, ils se reproduisirent bientôt jusqu'à trois ou quatre fois en vingt-quatre heures, et le jour comme la nuit. Ces attaques répétées avaient agi sur le moral et l'intelligence du pauvre jeune homme, qui en était devenu presque idiot. Sur ces entrefaites, vint un magnétiseur qui faisait, comme toujours, force merveilles. S. W..., persuadé que cet homme pouvait le guérir, voulut en faire immédiatement l'essai. Le docteur Campbell, consulté sur ce sujet, voulut bien assister à la séance, pour ne point le contrarier, et dans la persuasion d'ailleurs de l'innocuité du moyen. Le malade, fermement convaincu que le mesmerisme allait le guérir, n'était déjà plus le même : il était devenu beaucoup plus gai, et sa physionomie avait repris un peu d'intelligence. Malheureusement tous les efforts du magnétiseur n'eurent d'autre effet que d'accroître encore son excitation. Reporté chez lui, S. W... fut agité toute la nuit. Mais le lendemain de nouveaux phénomènes se déclaraient. De temps en temps le malade était pris de mouvements convulsifs singuliers, et qu'il ne pouvait maîtriser : ses membres

et tout son corps étaient portés violemment, mais sans douleur, dans toutes les directions; puis, au bout de quelques minutes, tout était fini, et il redevenait parfaitement calme, mais pour fort peu de temps. Pendant ces accidents convulsifs, sa physionomie était tranquille, et sa conversation parfaitement raisonnable. M. Campbell prescrivit une forte dose de calomel et de jalap, et lui fit prendre 0,50 d'assa fetida toutes les quatre heures. Au bout de deux jours, tous les accidents avaient complètement disparu. Depuis trois ans, S. W... n'a pas eu un seul accès d'épilepsie, et sa santé est parfaite.

Il est assez difficile d'expliquer la série de phénomènes survenus dans l'observation que nous venons d'analyser. Évidemment ce n'est point le magnétisme qui a amené directement la disparition des accès convulsifs; probablement, comme semble le penser M. Campbell, le magnétisme, ou plutôt l'influence morale qu'il a exercée sur le malade, a eu pour effet immédiat d'activer la circulation cérébrale peut-être un peu trop ralentie, et de produire les spasmes musculaires passagers dont nous avons parlé. Puis, une fois ces accidents disparus sous l'influence d'un traitement convenable, la circulation cérébrale est rentrée dans ses conditions normales, et les accès d'épilepsie ne se sont plus reproduits. Quoi qu'il en soit, le fait n'en est pas moins fort intéressant.

Guy's hospital Reports.

T. IV et V. 1846 et 1847.

Recherches statistiques sur la chorée, par M. H.-M. HUGHES.

(1846.)

Les résultats statistiques obtenus par M. Hughes portent sur cent observations recueillies à l'hôpital de Guy dans ces dernières années. Ils ont donc une certaine valeur; nous allons en donner une analyse succincte.

Sur les cent cas, soixante-treize appartiennent au sexe féminin. Cette prédominance est un fait depuis longtemps connu et signalé par tous les auteurs.

Relativement à l'âge, sur les cent cas on en trouve trente-trois à dix ans ou au-dessous; quarante-cinq cas, entre dix et quinze; et enfin vingt-deux cas au-dessus de quinze ans. Chez les femmes, la chorée est deux fois plus fréquente dans la deuxième période (de dix à quinze ans) que dans la première (avant dix ans). Chez les hommes, la proportion est à peu près la même. Il n'est pas besoin d'indiquer la cause de cette différence: l'établissement, parfois si difficile de la menstruation en rend suffisamment compte.

Sur quarante-neuf cas, dans lesquels il a pu découvrir la cause probable de la maladie, M. Hughes a trouvé que trente-quatre fois la chorée avait été déterminée par une frèvre, et dans trois de ces observations il s'y ajouta une suppression menstruelle. Dans quatorze cas environ on a pu reconnaître l'influence du rhumatisme. Nous avons eu souvent l'occasion de parler de cette coïncidence si remarquable; nous n'y reviendrons donc pas. L'auteur signale bien encore quelques autres causes, mais elles se sont rencontrées si rarement qu'elles ne méritent pas d'être rapportées.

Le traitement employé par M. Hughes a duré de quinze jours à deux ou trois mois; mais le plus souvent la guérison a été complète en moins de six semaines.

Les résultats obtenus à l'aide des différents agents thérapeutiques ont été les suivants: Les *purgatifs* employés seuls dans trois cas ont réussi deux fois. La *teinture de Fowler*, administrée chez sept malades, n'a donné également que deux guérisons. Les *ferrugineux*, soit seuls, soit unis à l'extract de gentiane, ont réussi dix-neuf fois sur vingt-neuf, et dans cinq cas entre autres où les préparations de zinc avaient échoué. Les *préparations de zinc* (oxyde et surtout sulfate de zinc) ont donné quarante-cinq guérisons sur soixante-trois malades soumis à ce mode de traitement; chez sept de ces malades, les ferrugineux n'avaient produit aucune amélioration. Les *toniques végétaux* et les *antispasmodiques* ont donné trois succès sur neuf cas. Les *antiphlogistiques* ont été heureusement employés chez trois malades qui offraient une indication spéciale. L'électricité à laquelle on eut recours dans quatorze cas des plus rebelles, et qui fut associée soit au zinc, soit au fer, a été quelquefois suivie de succès. En résumé, sur cent cas, il y a eu quatre-vingts guérisons complètes, dix-sept améliorations plus ou moins considérables et trois décès.

Chez dix choréiques observés à diverses époques, et dont M. Hughes a pu faire l'autopsie, les altérations portaient spécialement sur le centre nerveux cérébro-spinal. Ainsi il y avait presque constamment une congestion de la pie-mère et de la substance cérébrale. Dans deux cas on trouva un épanchement de sang à la surface du cerveau, et un ramollissement de cet organe. Plusieurs fois on put constater des altérations analogues du côté du canal rachidien; le péricarde était enflammé dans trois cas; les valvules malades dans six; le foie congestionné dans sept, et enfin les reins altérés chez trois malades.

L. LIGNIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie nationale de médecine de Paris.

Séance du 2 octobre.

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE.

M. *Gautier de Claubry* lit un rapport sur deux Mémoires de MM. Boudin et Michel Lévy, relatifs à la maladie désignée sous le nom de méningite cérébro-spinale. Voici le résumé de ce rapport.

La maladie actuellement appelée méningite cérébro-spinale par les médecins militaires, et dont la médecine civile commence à s'occuper, n'est, sous aucun point de vue, une maladie nouvelle; depuis longtemps on avait signalé dans la science l'affection de la membrane de l'appareil nerveux encéphalo-rachidien, avec les symptômes qui la caractérisent, et la production du pus dans le tissu de la pie-mère cérébrale et rachidienne. Sans les cas où il existe une simple phlegmasie de cet appareil séreux, maladie bien décrite par MM. Martinet et Parent-Duchâtelet, la maladie étudiée par MM. Boudin et Lévy se montre comme une affection générale dépendant de l'altération préalable du sang; les lésions multiples des divers appareils séreux et parenchymateux en sont la preuve, et dans ces cas, les plus nombreux de tous, elle a une grande analogie avec les maladies de genre typhus, avec les fièvres de mauvais caractère. Le traitement antiphlogistique et les émissions sanguines, si favorables dans les cas d'avœmnitis spinale ordinaire, sont peu applicables à la méningite cérébro-spinale des médecins militaires.

Après cette appréciation du sujet en question, M. le rapporteur propose de déposer honorablement le travail de M. Boudin dans les archives de l'Académie, et de remercier l'auteur pour sa communication. Celui de M. Lévy, ajoute-t-il, n'étant qu'un aperçu, plein de mérite sans doute, et destiné, comme on dit, à prendre date, et à préciser l'opinion du savant médecin du Val-de-Grâce sur la pathogénie d'une maladie qui occupe à juste titre l'attention des médecins militaires, plus particulièrement appelés à l'observer, mais manquant complètement de faits cliniques minutieusement observés, (1) qui fissent connaître cette maladie, nous proposons

(1) Il y a là erreur de M. le rapporteur. Le travail de M. Lévy

d'adresser les plus amples remerciements à M. Lévy pour son intéressante communication, et de déposer sa notice honorablement dans les archives. — Ces conclusions ont été adoptées.

Société de médecine de Paris.

Séances du mois d'avril 1849.

LÉSIONS ORGANIQUES TROUVÉES CHEZ UN ÉPILEPTIQUE.

M. *Delasiauve* présente des pièces anatomiques trouvées dans le cerveau d'un épileptique emporté par une méningite consécutive à une série d'accès. Cet individu, âgé de douze ans, était entré à Bicêtre le 23 mai 1848; son mal datait de trois ans et s'était déclaré sans cause appréciable. Dans son enfance, il avait eu des convulsions choréiformes. Le père suppose que l'impression causée par la mort d'un jeune frère n'aurait pas été étrangère au développement des symptômes qui, d'abord fort légers, étaient devenus ensuite extrêmement graves. Le malade, en proie à un engourdissement habituel des facultés, était sujet parfois à de l'agitation et à du délire. Soumis aux frictions subliées sur la tête, l'éruption provoquée par ces frictions s'est accompagnée d'une fièvre ardente et d'une tuméfaction érysipélateuse au front et aux paupières. Pendant un mois qu'a duré leur application, il n'y a eu que trois ou quatre accès, et les rémittences ont été, dans les mois suivants, de sept à huit jours. Le 15 janvier dernier, le malade fut surpris par de violentes crises qui se succédèrent sans relâche; dès lors, la connaissance se perdit, il survint une agitation comateuse, et des cris hydrocéphaliques incessants; saignées, ventouses scarifiées, sangsues, glace sur la tête, tout fut inutile; le jeune malade mourut le 20 du même mois.

A l'autopsie, on trouva l'arachnoïde remplie de pus, les circonvolutions aplaties et fortement injectées de sang; adhérences nombreuses à la couche corticale; pus en grande quantité dans les ventricules; on trouva en outre deux concrétions osseuses globulaires de 2 centimètres de diamètre siégeant à la surface de l'hémisphère droit, l'une au lobe antérieur, près de la scissure de Sylvius,

reposait au contraire sur une centaine d'observations parfaitement recueillies. Ce fait a été établi à l'Académie, dans la séance suivante.

l'autre au lobe postérieur : ces deux concrétions avaient pour point de départ la dure-mère, et se composaient d'une coque rugueuse, comme osseuse, renfermant une substance crétacée semblable à de la matière tuberculeuse ramollie. M. Delasiauve pense que ces concrétions, si elles n'ont pas été la cause des accès, ont dû contribuer à leur fréquence et précipiter l'issue funeste de la maladie.

PARALYSIE GÉNÉRALE.

M. *Bethomme* appelle de nouveau l'attention de la Société sur la paralysie générale, et insiste sur les rapports qui existent entre l'altération des lobes antérieurs du cerveau et les lésions de la parole. Il rapporte à l'appui de cette dernière manière de voir l'observation d'un homme qui avait été blessé d'un coup de pistolet ayant déterminé une fracture du coronal ; le malade, qui répétait plusieurs mots avec la plus grande netteté, se trouvait subitement dans l'impossibilité de les prononcer si l'on comprimait les lobes antérieurs ; la facilité de la parole était proportionnelle à l'intensité de la compression.

M. *Briquet* trouve trop exclusive l'opinion de M. *Bethomme* quand il établit que la paralysie générale est toujours due à une altération des centres nerveux, et que le trouble de la parole est le résultat constant d'une lésion des lobes antérieurs. M. *Briquet* rapporte à l'appui de son opinion l'observation d'un paralytique mort du choléra, et chez lequel l'autopsie n'a démontré que les traces d'une ancienne inflammation des membranes sans lésion aucune du cerveau.

M. *Sandras* pense également que la paralysie générale n'a pas toujours pour cause une altération de la substance cérébrale, et qu'elle n'entraîne pas constamment la perte de l'intelligence et le trouble de la parole.

M. *Delasiauve* a souvent eu l'occasion d'ouvrir des paralytiques, et le plus ordinairement il n'a trouvé que des traces de méningite. Il cite une observation dans laquelle il y avait hémiplegie bien prononcée sans lésion de l'intelligence ni de la parole.

M. *Brière de Boismont* fait observer que la paralysie générale est souvent due à une déperdition de l'influx nerveux par suite d'excès de travail, d'abus de plaisirs, etc., et que dans ces cas on a quelque peine à découvrir une altération organique des centres nerveux.

Séance du 20 juillet.
BIBLIOPHILIE
 DE LA CONTUSION DU CERVEAU.

M. Denonvilliers fait un rapport sur un travail de M. Boinet, *Sur les signes immédiats de la contusion du cerveau, et sur le traitement des plaies de cet organe.*

Voici les conclusions du travail de M. Boinet :

1° Les signes de la contusion du cerveau apparaissent sur-le-champ ou dans les premières vingt-quatre heures; ils peuvent être masqués par ceux de la commotion d'abord, plus tard par ceux de la compression, mais un observateur attentif ne les méconnaîtra jamais.

2° Il existe dans la contusion du cerveau plusieurs degrés qui peuvent être annoncés par la marche des symptômes.

3° Les signes propres à cette lésion sont : une contraction plus ou moins forte dans les membres, une agitation continuelle et dans tous les sens, la perte de connaissance sans respiration réflexe; Dans les cas les plus légers, le resserrement d'une papille, la contraction d'une papillère, le mouvement spasmodique des lèvres, ou seulement d'un muscle, etc.; la difficulté d'exprimer certains mots; une douleur vive dans les plaies de tête; la fièvre et une chute sont les seuls signes de la contusion cérébrale.

M. Boinet cherche en outre à montrer l'analogie qui existe entre la contusion et le ramollissement du cerveau; au point de vue des symptômes et des lésions anatomiques. Le meilleur traitement à employer contre la contusion du cerveau consiste en une saignée locale et continue au moyen de sangsues en permanente derrière les oreilles.

INFLUENCE DU CHOLÉRA SUR LA PRODUCTION DE LA TOLÉANCE

M. Deladame lit sur ce sujet un Mémoire que nous avons déjà cité dans le dernier numéro des *Annales*; nous le donnons dans une traduction facile, pour si bien dire tout de choses dans le monde (à l'usage de la médecine) à l'usage de la médecine (à l'usage de la médecine) à l'usage de la médecine.

BIBLIOGRAPHIE.

[illegible]

21. Demonschickers fait un rapport sur un travail de M. Boissel.

LE CLIMAT DE L'ITALIE

Voilà les conclusions du travail de M. Dubois :

SOUS LE RAPPORT

HYGIENIQUE ET MEDICAL

PAR

M. le D^r ED. CARRIÈRE.

Il existe dans la collection du service des renseignements personnels un dossier intitulé "M. le D^r M. Camille".

Paris, 1849, chez J.-B. Baillière, 1 vol. in-8 de 580 pages.

3. Test agrees properly 3-calls/ton soon; one contraction plus

et moins forte dans les membres, une agitation continue et dans

Nous avons un reproche à nous adresser, c'est de n'avoir pas

exprimé plus tôt dans nos *Annales* la valeur considérable que nous

attachons à cet ouvrage de notre ami le docteur Carrière. Autant nous

avons eu de plaisir à le lire, autant nous aurions dû mettre d'em-

pressement à le signaler à nos lecteurs. La publication de ce livre

en une bonne fortune pour les médecins. Avides de connaissances

positives, ils y trouvent un aliment substantiel et pratique guidant

sera fort utile dans le cours de leur carrière professionnelle. Bati-

musés, accablés par les graves soins de leur clientèle, ils y arrivent

le défilé d'une lecture pleine de peintures gracieuses de

de descriptions et de lectures pleines de peintures gracieuses, de narrations variées et de descriptions pittoresques. Ces deux œuvres

d'avantages - il faut le reconnaître - sont rarement réunis dans la

d'avantages, il faut le reconnaître, sont rarement réunis dans des ouvrages médicaux. Voilà pourquoi nous disions tout à l'heure...

ouvrages médicaux. Voilà pourquoi nous disons tout à l'heure que l'ignorance de celui-ci est une bonne fortune. Alors, qu'il tienne

l'apparition de celui-ci est une bonne fortune. Ajoutons qu'il était

donné à peu de médecins de le faire, et de le bien faire. Ce travail

convenait à merveille au talent et à la science de M. Carrière, l'

fallait être homme d'esprit, et nous croyons ne pas blesser noire

docte ami en lui donnant ce titre. Il fallait manier la langue avec

une infinie facilité, pour si bien dire tant de choses diverses dans

un livre où la climatologie hygiénique et médicale s'unit (sans rien

perdre de sa rigoureuse sévérité par cette alliance) à l'histoire. A

l'esthétique, à l'archéologie de la contrée la plus riche en vicissitudes.

indes politiques, en œuvres d'art et en monuments. Or M. Car-

rière, on le sait, possède à un degré éminent cette flexibilité du

style, qui permet d'aborder les sujets les plus divers. Il fallait un

style, qui permet d'aborder les sujets les plus divers. Il fallait

savoir pratique, c'est-à-dire avoir parcouru, le thermomètre, l'hygromètre et le baromètre à la main, toutes les parties de l'Italie, y avoir séjourné avec la résolution de puiser à toutes les sources locales les éléments d'un ouvrage complet sur la matière. M. Carrière a fait cela; on le voit bien, à tous les détails qu'il a accumulés dans le remarquable volume dont nous nous occupons. Il fallait surtout avoir envisagé l'hygiène et la pathologie autrement qu'un praticien ordinaire; il fallait classer et les maladies des divers climats en général, et les zones diverses du climat italien, pour faire ressortir les avantages que l'on peut espérer de toutes ces migrations ultramontaines faites chaque année par l'ordonnance des médecins. Or M. Carrière a fait de ce point important, et resté trop étranger à notre science parisienne, des études spéciales qui lui ont fourni des notions exceptionnelles, et dans lesquelles il est notre maître désormais. Que d'erreurs, que de préjugés il a signalés et dissipés! Quand nous envoyons à Nice ou à Naples un jeune homme menacé d'aliénation mentale ou de phthisie pulmonaire, savons-nous bien ce que nous faisons? Lisez l'ouvrage de M. Carrière pour apprendre à mieux connaître non seulement chaque ville, chaque contrée, au point de vue hygiénique et médical, mais encore chaque quartier de la ville et chaque exposition de la contrée. Quand on dit *l'Italie*, on croit avoir dit l'empire des tièdes et bienfaisantes haleines, le royaume du soleil tempéré par les doux zéphirs. On se trompe. Il y a l'Italie et l'Italie: celle du nord, celle du sud, celle du centre. Quand on a dit Florence, Naples, on croit avoir dit les capitales les plus uniformément soumises aux influences d'un ciel paisible, et rarement troublé par les brusques changements. Mais à Florence, dans ses environs; mais à Rome, dans ses alentours; mais à Naples, dans sa campagne, il y a, à un ou deux milles de distance, des situations qui diffèrent entièrement: il y a d'ailleurs, dans la Péninsule en général, le sud qui diffère du nord, comme l'Italie diffère de l'Angleterre. Or toutes ces choses-là, que je ne puis qu'indiquer ici, les médecins doivent le savoir: le médecin des aliénés, comme tout médecin qui exerce sa profession. Et c'est parce que le médecin d'aliénés a souvent besoin de recourir, dans l'intérêt de ses malades, aux saintes effets d'un voyage, d'un climat approprié, que nous croyons ne point nous donner une simple satisfaction d'amitié en annonçant ce livre à nos lecteurs. Sans être médecin d'aliénés, n'y a-t-il point des natures desquelles il est du devoir de tout médecin d'écarter les causes les plus éloignées d'une maladie mentale ou autre non encore aperçue? Et si à une de ces natures le ciel de Naples venait

apporter l'étincelle qui fait éclater l'incendie, quel serait notre regret si nous n'avions rien prévu, rien prévenu en retenant cette nature sous un ciel plus chargé de nuages. M. Caprière signale des exemples connus, et que nous ne voulons pas reproduire, qui légitiment cette réflexion de notre part.

Je m'arrête, et je fais effort pour cela, car, par le seul empire des souvenirs de la lecture de ce livre, je pourrais en entretenir indéfiniment mes lecteurs. J'y prendrais plaisir, et ils n'y trouveraient point des notions suffisantes pour les dispenser de le lire eux-mêmes. D'ailleurs, quand il y a tant de faits généraux et particuliers à résumer, on a besoin d'un nombre de pages dont je ne puis disposer ici.

On reprochera peut-être à l'auteur un défaut de style que ferait d'ailleurs pardonner, s'il l'avait réellement, l'extrême facilité de sa plume. On l'accusera d'être flexible sans être varié, d'être abondant et pittoresque sans être accentué, d'être pur et correct sans être concis et animé. Libre à qui voudra de faire ces remarques; quant à moi, un style charmant, calme, uni, gazouillant à mon oreille comme un ruisseau limpide, a le mérite rare de me dédommager un peu, et de me reposer beaucoup du langage et des idées du journalisme politique où tout est brutalité, véhémence et agression. Je ne dirai rien du langage un peu rude des ouvrages de médecine que j'aime bien à oublier quelquefois.

Que voulez-vous? ce livre m'instruit et me charme: — pourquoi lui demanderais-je de m'émoouvoir ou de m'ennuyer?

L. CERISE.

RAPPORTS

LES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS DE LA GRANDE-BRETAGNE ET DES ÉTATS-UNIS.

Depuis la fondation des *Annales médico-psychologiques*, nous avons reçu un assez grand nombre de rapports sur les asiles d'aliénés de l'Angleterre et des États-Unis. Plusieurs fois déjà quelques uns de ces rapports ont été analysés dans ce journal; mais par suite de circonstances indépendantes de notre volonté, ces comptes

rendus n'ont point eu jusqu'ici la régularité et l'ensemble que demandait un pareil travail. Notre intention est d'y consacrer désormais quelques pages dans chaque numéro. Nous prions donc nos confrères de l'Angleterre et des États-Unis de nous faire parvenir leurs rapports aussi régulièrement que possible.

Ces rapports annuels, quoique fort différents sous plusieurs points de vue, présentent cependant un caractère commun : ils contiennent un grand nombre de tableaux statistiques, accompagnés de réflexions plus ou moins étendues, et des remarques sur les faits médicaux ou administratifs qui se sont présentés dans le courant de l'année. Dans le travail d'analyse que nous allons entreprendre, nous n'emprunterons à ces rapports que les résultats statistiques les plus importants et les réflexions qui nous paraîtront offrir quelque originalité.

The royal hospital of Bethlem. The physician reports for the year 1845. Médecins : MM. Bow, Th. Monro et Alex. Morrison.

L'asile de Bethlem ou Bedlam est, comme on le sait, destiné particulièrement aux fous criminels ; mais il n'en reçoit pas moins un nombre considérable d'aliénés ordinaires, comme le démontrent les documents statistiques dont nous allons donner un aperçu.

Au 1^{er} janvier 1820, la population de Bethlem s'élevait à 200 malades, 102 femmes et 98 hommes ; sur ce nombre il n'y avait que 50 fous criminels : 41 hommes et 9 femmes.

Du 1^{er} janvier 1820 au 31 décembre 1845, l'asile a reçu 6,061 malades, savoir : 2,494 hommes, et 3,567 femmes. Pendant cette même période, il n'est entré dans l'établissement que 178 fous criminels.

Sur ce nombre de 6,061 aliénés, auquel il faut ajouter les 200 malades existant au 1^{er} janvier 1820, 2,992 sont sortis guéris, soit 47,79 pour cent. 3 seulement se sont évadés ; 445 sont morts dans l'asile, soit 6,79 pour cent. Les proportions sont un peu différentes si l'on opère sur une période plus étendue. En effet, du 1^{er} janvier 1744 au 31 décembre 1843, il est entré à Bethlem 47,863 aliénés ; sur ce nombre, 7,108 sont sortis guéris, soit 39,86 pour cent, et 1,709 sont morts, soit 10,40 pour cent.

Au 31 décembre 1844, la population de Bethlem était de 386 malades : 189 hommes et 197 femmes. Pendant l'année 1845, cet asile a reçu 315 malades : 110 hommes et 205 femmes. Dans cette même année il n'est entré que 11 fous criminels. Le nombre des guérisons s'est élevé à 180, et celui des décès à 15.

Dans un des tableaux du rapport que nous analysons, nous trouvons que chez le plus grand nombre (245) des aliénés recus en 1845, la maladie datait de une semaine à trois mois. Si ce résultat est exact, il indique un progrès sensible dans la disparition des préjugés qui existent encore aujourd'hui contre les établissements d'aliénés. Il est vrai de dire que près de la moitié des malades recus à Bethlem viennent de la capitale où les lumières sont plus répandues que dans les provinces.

Le tableau des causes ne présente rien de particulier; et puis, comme une seule cause est invoquée pour chaque malade, ces résultats ne peuvent avoir une grande signification. Quoi qu'il en soit, les causes morales y sont notées 155 fois, et les causes physiques 121. L'hérédité seule, ou réunie à d'autres causes, a été trouvée 86 fois chez les hommes et 76 fois chez les femmes, ou si l'on veut, 112 fois sur 315 malades, c'est-à-dire dans un peu plus du tiers des cas.

Sur les 97 fous criminels qui étaient à Bethlem le 31^e décembre 1845, 1 avait été séquestré pour crime de haute trahison, 1 pour sédition, 63 pour attentats sur les personnes, et 32 pour vol.

Dans les quelques remarques qui précèdent les documents statistiques dont nous venons de donner un aperçu, les médecins de Bethlem se plaignent du peu d'empressement que montrent les élèves à étudier la folie, et regrettent que dans les examens on ne leur fasse aucune question sur les maladies mentales. Aussi à part quelques rares exceptions, n'est-il sorti de cet asile, depuis une trentaine d'années, aucun aliéniste distingué. De temps en temps, ajoutent-ils, quelques gentilshommes viennent comme élèves à Bethlem, plutôt pour satisfaire leur curiosité que pour étudier sérieusement les maladies mentales. J'avoue ne point comprendre qu'en signalant un pareil fait, les médecins de Bethlem n'indiquent pas les moyens d'y remédier.

Dans un prochain numéro, nous nous occuperons des rapports sur les asiles d'*Ulster* (1848-47), de *Launceston* (1847), d'*Edinburgh* (1847-48) et d'*Aberdeen* (1848-49).

L. LUNIER.

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

SUR
LE TRAITEMENT DE LA FOLIE.

Thèse. Paris, 1846.

Par M. le docteur **BILLOD**,

Ancien élève des hôpitaux.

Depuis que l'on discute sur la nature de la folie, les psychologues et les matérialistes ont tour à tour reparu sur la scène. Aujourd'hui encore ces deux écoles sont en présence, et parmi les aliénistes, il en est qui penchent pour la doctrine du traitement physique, et d'autres qui donnent la préférence à la doctrine du traitement moral. En présence d'une pareille dissidence, entre des médecins également éminents, il y avait lieu de penser que l'une et l'autre doctrine avait un côté vrai et un côté faux, et il était naturel alors de se demander si une opinion puisant ses éléments dans chacune d'elles, et se composant de ce que l'une et l'autre offre d'incontestable, si une telle opinion, disons-nous, n'offrirait point quelques chances d'adoption. Telle a été la pensée de M. Billod, et c'est ce qu'il appelle sa doctrine du traitement mixte. Il ne manque point assurément d'arguments à l'appui de cette manière de voir, et l'auteur les a parfaitement exposés, mais ils ont été tant de fois répétés par les éclectiques de tous les temps, que nous croyons inutile de les reproduire ici.

Dans une seconde partie de son travail, M. Billod examine les moyens qu'il considère comme cardinaux dans la thérapeutique mentale, tels que l'isolement, les travaux agricoles, les voyages, etc., et il insiste avec raison sur les avantages qu'on peut retirer de l'emploi bien dirigé de ces divers modes de traitement.

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES

L'ALIÉNATION MENTALE,

M. le docteur H. DAGONET,

Interne de l'asile public d'aliénés de Fains (Meuse).

Thèse, Paris, 1849.

La dissertation inaugurale de M. Dagonet n'est point une thèse ordinaire, c'est un travail de longue haleine, rempli de faits et de remarques dont plusieurs ne manquent point d'originalité.

Ce travail se divise naturellement en deux parties. La première renferme des considérations générales sur le libre arbitre, la responsabilité morale des aliénés, etc.; c'est, en un mot, un exposé assez complet de l'état actuel de la science, pour ce qui regarde la médecine légale des aliénés. A ce titre, nous eussions peut-être désiré que M. Dagonet oubliât un peu moins les travaux remarquables qui ont été publiés sur ce sujet, et qu'il ne parût point donner comme le résultat de son expérience propre des faits depuis longtemps acquis à la science. Nous devons ajouter, du reste, qu'à côté de ces redites, si difficiles à éviter dans un pareil travail, il y a des aperçus nouveaux dont quelques uns sont discutables assurément, mais qui n'en dénotent pas moins chez l'auteur une bonne méthode d'observation et une instruction solide. M. Dagonet, par exemple, a signalé avec raison les modifications qu'il est indispensable d'apporter au Code, ainsi que les omissions importantes qu'il renferme. Il y a bien dans toute cette exposition quelques pensées incomplètes, quelques réticences, qui semblent accuser un peu d'incertitude dans l'esprit; mais partout ailleurs l'idée de l'auteur est clairement et facilement exprimée.

La seconde partie de la thèse de M. Dagonet est consacrée à l'examen et à l'appréciation des divers crimes commis sous l'influence de chacun des types d'aliénation mentale. Cette seconde partie renferme quelques bonnes observations, et plusieurs propositions que l'auteur, nous l'espérons, développera dans des travaux subséquents. Nous ne pouvons que le féliciter d'avoir si bien débuté.

L. L.

CINQUIÈME MÉMOIRE

SUR LA

LOCALISATION DES FONCTIONS

CÉRÉBRALES ET DE LA FOLIE,

Par M. le D^r BELHOMME.

1 vol. in-8 de 160 p. Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine, Paris, 1849.

Cet opuscule, qui fait suite aux travaux que M. Bellhomme a déjà publiés sur le même sujet, renferme les mémoires suivants :

1^o De la localisation de la faculté du langage ou plutôt de la mémoire des mots dans les lobes antérieurs du cerveau. — Mémoire lu à l'Académie de médecine, le 4^o avril 1845.

2^o Note sur deux cerveaux d'aliénés, morts affectés de paralysie générale. — Lu à l'Académie de médecine, le 9 mai 1846.

3^o Réflexions sur l'emploi de l'éther et du chloroforme, et sur leur action sur les centres nerveux. — Mémoire lu à la Société de médecine, le 6 octobre 1848.

4^o Les systèmes phrénologiques de Gall et de Spurzheim s'accordent-ils avec les résultats fournis par l'observation anatomique et par la physiologie, la pathologie et l'anatomie pathologique? — Mémoire lu au congrès scientifique de Reims, le 10 septembre 1845.

5^o Quels sont les rapports entre le fluide nerveux et le fluide électrique? Y a-t-il identité entre ces deux agents? — Mémoire lu au congrès scientifique de Tours, le 6 septembre 1847.

6^o De la terminaison de la folie par des accès de fièvre intermittente. — Mémoire lu en 1847 à la Société médicale de Tours.

7^o Observation d'extrogénésie asymétrique. — Communication faite à l'Académie des sciences, le 6 juillet 1846.

Tels sont les titres des mémoires renfermés dans la brochure que nous avons sous les yeux. Plusieurs fois déjà, dans ce journal (1), il a été question de quelques uns de ces travaux, soit dans le compte rendu des Sociétés savantes, soit dans l'analyse des journaux. Nous

(1) V. surtout t. VIII, p. 131 et 281; t. X, p. 147; t. XI, p. 295 et t. XII, p. 108.

ne croyons donc point devoir y revenir ici. Nous nous arrêterons seulement un instant sur la terminaison de la folie par des accès de fièvre intermittente.

Bien que la doctrine des crises ne soit point de nos jours aussi généralement admise qu'autrefois, il n'en est pas moins certain que la plupart des aliénistes modernes sont d'avis que la folie se juge assez souvent par des phénomènes morbides, et il suffit de lire l'excellent article qu'Esquirol a écrit sur ce sujet, pour rester convaincu de la fréquence des crises dans l'aliénation mentale. C'est pour appuyer cette doctrine de Pinel et d'Esquirol que M. Belhomme rapporte deux observations fort intéressantes, l'une de manie aiguë, l'autre de stupidité, jugées par une fièvre intermittente. Il existe dans la science plusieurs faits analogues. Galien, par exemple, rapporte un cas de folie jugée par la fièvre quarte. Belgarrie cite un fait en tout semblable (1). Esquirol, lui-même, a vu également la folie jugée par une fièvre inflammatoire, par une fièvre gastrique, par une fièvre intermittente, par une fièvre ataxique adynamique. Enfin, nous pourrions rapprocher de ces faits ceux observés par M. Séladre (V. *Annales méd.-psych.*, t. V, p. 126), qui a eu l'idée de traiter l'épilepsie en développant une fièvre intermittente artificielle. Les observations de M. Belhomme viennent donc confirmer un fait déjà acquis à la science.

Nous ne dirons rien de l'anatomie pathologique de la paralysie générale, sur laquelle M. Belhomme a fait tant et de si consciencieuses recherches. Ses idées ont déjà été plusieurs fois exposées dans ce journal. Nous ne pourrions d'ailleurs engager ici une discussion qui nous ferait sortir des limites d'un simple aperçu analytique.

5° Quant aux rapports entre le fluide nerveux et le fluide

électrique, nous avons vu que M. Belhomme a fait de ces rapports

(1) *An, in morbis chronicis, febris sit excitanda?* Thèse de Montpellier, 1847. De la terminaison de la folie par des accès de fièvre intermittente. — Mémoire lu en 1847 à la Société médicale de Tours.

7° Observation d'extorquée asystolique. — Communication faite à l'Académie des sciences, le 6 juillet 1846.

Tels sont les titres des mémoires relatés dans la brochure que nous avons sous les yeux. Plusieurs fois déjà, dans ce journal (1),

VARIÉTÉS.

M. le docteur Dumesnil, médecin en chef, directeur de l'asile des aliénés de Saint-Dizier (Haute-Marne), vient d'être nommé médecin en chef directeur de l'asile d'aliénés de Dijon.

— M. le docteur Mérier, médecin en chef de l'asile de Fains, vient d'être nommé médecin en chef directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Dizier.

— M. le docteur Fornacciari a été nommé médecin de l'asile de Fains en remplacement de M. Mérier.

— *Asile pour les idiots.* — Les protecteurs de l'asile établi récemment en Angleterre pour la réception et l'éducation des idiots (*V. Annales méd.-psych.*, t. XII, p. 145) ont tenu dernièrement leur séance annuelle. Cette institution est en pleine prospérité : et la preuve, c'est que 159 individus étaient présentés pour y être reçus, les uns gratuitement, les autres avec des pensions variant de 25 à 100 guinées par an. Il paraît que les résultats obtenus sont déjà très favorables. Le local étant trop petit pour recevoir tous les idiots qui se sont présentés, il a été décidé par le conseil qu'une autre maison serait acquise pour établir cette institution sur une base plus large.

— *Nouvel hôpital d'aliénés à Bristol.* — Par un acte du parlement, un hôpital d'aliénés avait été décrété pour la ville de Bristol. Ce nouvel asile va être ouvert aux aliénés de la classe indigente. On dit que cette fondation ne coûtera pas moins de 1,250,000.

CORRESPONDANCE.

— A M. le docteur Bassemis, à Anvers. — Il sera fait droit à votre réclamation. Nous acceptons l'échange proposé; nous vous enverrons les quatre premières années des *Annales*.

— A M. ISAAC HAYS, éditeur du *The American journal of the medical sciences*, à Philadelphie. — Nous n'avons reçu ni le numéro d'octobre 1847, ni ceux de janvier et d'avril 1848.

Des circonstances imprévues nous ont, depuis quelque temps, empêché de faire paraître régulièrement les *Annales médico-psychologiques*. Nous espérons qu'à l'avenir nos abonnés les recevront dans les quinze premiers jours de chaque trimestre.

Nous donnerons avec le premier numéro de l'année 1850 la table détaillée des douze volumes qui composent la première série des *Annales médico-psychologiques*.



TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE PREMIER VOLUME DE LA DEUXIÈME SÉRIE.

PREMIÈRE PARTIE.

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS.

I. Pathologie.

MALADIES MENTALES.

- Recherches sur la paralysie générale progressive, pour servir à l'histoire de cette maladie; par M. le docteur **L. Lunier**. 1-183
- Du traitement de l'aliénation mentale dans les asiles d'Angleterre (extrait du rapport présenté au lord chancelier par la commission des aliénés); traduit par **A. Berlié**. 54-224
- Un mot sur les hallucinations de la première enfance; par M. le docteur **Thore fils**. 72
- Réflexions sur les observations recueillies dans le service médical de l'asile public d'aliénés de Fains pendant l'année 1848; par M. le docteur **Renaudin**, médecin en chef directeur de cet asile. 157
- De la paralysie générale chez les pellagres, lettre au docteur **G. Strambio**; par **M. J. Baillarger**, médecin de la Salpêtrière. 317
- Influence du choléra sur la production de la folie; par M. le docteur **Delasiauve**, médecin de Bicêtre. 331
- De l'influence de l'érysipèle de la face et du cuir chevelu sur la production de la paralysie générale; par M. le docteur **Baillarger**, médecin de la Salpêtrière. 477
- De l'alimentation des aliénés, des difficultés qu'elle présente et des moyens d'y remédier; inconvénients de l'alimentation forcée; par M. le docteur **Andrea Verga**, médecin de l'hospice d'aliénés de la Senavra (Milan); traduit de l'italien par M. le docteur **L. Lunier**. 483

- NÉVROSES.**
 Histoire d'une névrose fort extraordinaire qui s'est terminée par la mort; par M. le docteur *Meugy fils* (de Reims). 498

II. Médecine légale.

- Mémoire médico-légal sur un cas de folie homicide méconnue par les assises du Var; par M. le docteur *Aubanel*, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Marseille. 80-245
 Rapport médico-légal sur un cas d'interdiction; par M. le docteur *Parchappe*, inspecteur général des établissements d'aliénés. 339
 Examen médico-légal d'un cas de monomanie instinctive: affaire du sergent Bertrand; par M. le docteur *L. Lunier*. 351
 Rapport médico-légal sur un cas d'imbécillité, compliquée de délire mélancolique; viol sur de jeunes enfants; par M. le docteur *H. Girard*, médecin en chef directeur de l'asile public d'aliénés d'Auxerre. 515

III. Établissements d'aliénés.

- Détails sur l'établissement de Villis pour la guérison des aliénés. 380
 De l'enseignement clinique des maladies mentales (2^e partie); par M. le docteur *Falret*, médecin de la Salpêtrière. 524

SECONDE PARTIE.

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

I. Revue des journaux de médecine.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Par M. L. Lunier.

- Recherches chimiques sur le sang dans les névroses. 124
 Cas d'hystérie chez l'homme. 127
 Des bains prolongés et des irrigations continues dans le traitement des formes aiguës de la folie. 129

De l'électricité galvanique dans le traitement de certaines paralysies.	430
Du ganglion spléno-palatin et du grand sympathique.	431
Cas curieux de méningite cérébrale.	431
Méningite cérébro-spinale.	432
Sur les mouvements du cerveau.	433
Emploi de la cautérisation syncipitale contre l'épilepsie.	433
Accidents épileptiques mortels produits par l'induration d'un lobe cérébral.	391
Cas de chorée chronique traité avec succès par l'atropine.	396
Deux cas de névroses des mouvements volontaires.	401
Recherches sur le suicide.	407
Observation de délire aigu.	407
Guérison d'une maladie mentale à la suite de lésions physiques graves.	408
Épilepsie guérie par des poudres sternutatoires.	410
Insolation; phénomènes cérébraux.	411
De la ligature des membres employée contre le retour des attaques d'épilepsie.	411
Expériences faites avec le haschisch.	414
Hystérie chez l'homme; traitement du paroxysme hystérique par le chloroforme.	419
Cas de paralysie générale incomplète.	424
Des lésions anatomiques de la paralysie générale; existence de cette maladie sans aliénation.	427
Des folies épidémiques.	430
Cas d'apoplexie cérébrale progressive.	432
De l'emploi des opiacés dans le traitement de l'aliénation mentale.	435
Considérations sur le suicide.	440
Affections nerveuses déterminées par des accès de colère.	450
Aliénations mentales guéries par le sulfate de quinine.	580
Manie aiguë jugée par des parotides.	582
Cas d'hystérie chez l'homme.	587
Manie sur-aiguë jugée par un abcès de la fesse.	588
Sulfate de quinine dans l'hystérie.	590
Recherches sur la pellagre.	591
Cas d'hypochondrie avec diathèse rhumatismale.	592
Hystérie compliquée d'aménorrhée et d'hémoptysie.	593
Eclampsie puerpérale.	598
Paralysie générale progressive.	598

JOURNAUX ANGLAIS,**Par M. L. Lunier.**

Action réflexe du cerveau.	136
De l'atropine dans les névralgies faciales.	136
Application du trépan dans un cas d'aliénation mentale.	136
Théorie des maladies convulsives, et spécialement de l'épilepsie.	141
Recherches sur le poids de l'encéphale chez l'homme.	142
Tétanos traité avec succès par le tabac à l'intérieur.	143
Rapports du rhumatisme et de la chorée.	143
Sur l'apoplexie rachidienne.	145
Effets anesthésiques du chloroforme.	146
Des sels phosphatiques de l'urine dans le <i>delirium tremens</i> et l'inflammation du cerveau.	147
Irritabilité et excitabilité par le galvanisme des muscles paralysés.	147
Du haschisch dans la chorée et le tic douloureux.	148
Deux observations d'épilepsie.	613
Recherches statistiques sur la chorée.	615

JOURNAUX ALLEMANDS,**Par M. E. Renaudin.**

Essence de l'aliénation mentale.	298
Sur une altération de la rate et du sang chez un aliéné.	298
Sur l'admission des sœurs dans le service des aliénés.	299
Rapport sur le service des aliénés dans l'asile de Geseke.	301
Cas de suicide.	302
Observations sur l' incurabilité des aliénés.	303
Observations anatomo-pathologiques sur l'aliénation mentale.	304
Observations sur le refus obstiné des aliments chez les aliénés.	305
Rapport sur le service des aliénés dans l'asile de Siegburg.	309
Note statistique sur le nombre des aliénés en Norvège.	314

JOURNAUX BELGES,**Par M. L. Lunier.**

Éclampsie et manie puerpérales.	601
Emploi de l'émétique dans certaines affections de l'encéphale.	603
Ivresse iodique	605

Effet du chloroforme chez un aliéné.	606
Paralysie générale.	607
Considérations psychologiques sur l'aliénation mentale.	608
Paralysies et convulsions idiopathiques de la face et des doigts.	609
Du chloroforme dans l'hystérie.	610
Chorée guérie par l'arséniate de potasse.	610
Chute sur la tête; épanchement cérébral.	612
Du chloroforme dans les névroses.	612

II. Sociétés savantes.

De l'emploi du chloroforme.	449
Paralysies locales.	450
Hystérie.	451
De l'emploi thérapeutique du chloroforme.	452
Traitement de l'épilepsie.	453
Influence des commotions politiques sur la folie.	454
Méningite cérébro-spinale.	455
Discussion sur la paralysie générale.	455
Moyen de faire dormir.	457
Folies simulées.	457
Folie sympathique et chorée.	458
Méningite cérébro-spinale.	617
Lésions organiques trouvées chez un épileptique.	618
Paralysie générale.	619
De la contusion du cerveau.	620

III. Bibliographie.

Compte administratif, statistique et moral sur le service des aliénés du département de l'Yonne; par M. H. Girard de Caillex. (Anal. par M. J. Baillarger.)	459
Sixième rapport sur le service des aliénés de l'asile de Fains; par M. Renaudin. (Anal. par M. J. Sauvet.)	461
Traité de la paralysie générale chronique; par M. Hubert Rodrigues. (Anal. par M. L. Lunier.)	465
De l'amélioration du sort de l'homme aliéné; par M. Eug. J. Woillez. (Anal. par M. L. Lunier.)	466
Considérations sur le délire; par M. J. Sauvet. (Anal. par M. L. Lunier.)	467

Le climat de l'Italie, sous le rapport hygiénique et médical; par M. Ed. Carrière. (Anal. par M. Carise).	621
Rapport sur les asiles d'aliénés de l'Angleterre et des États-Unis. — Bethlem. — (Anal. par M. L. Lunier.).	623
Considérations médico-psychologiques sur le traitement de la folie; par M. le docteur Billod. (Anal. par M. L. Lunier.).	626
Considérations médico-légales sur l'aliénation mentale; par M. le docteur H. Dagonet. (Anal. par M. L. Lunier.).	627
Cinquième mémoire sur la localisation des fonctions cérébrales et de la folie; par M. le docteur Belhomme. (Anal. par M. L. Lunier.).	828

IV. Répertoire d'observations inédites.

Stupidité à la suite d'un accès de fièvre intermittente, et de l'administration du sulfate de quinine chez un enfant de trois ans; par M. le docteur Macario, de Sancerques.	153
Mémoire sur l'extension graduelle du délire; démente consécutive; par M. le docteur Dagonet.	468
Monomanie ambitieuse consécutive à une fièvre typhoïde; par M. le docteur J. Sauvet.	470
Manie consécutive à une hypertrophie du cœur; par M. le docteur J. Sauvet.	470

V. Variétés.

Mort du docteur Prichard.	155
Établissements d'aliénés des États-Unis.	155 et 474
Le choléra dans les sections d'aliénées de la Salpêtrière.	315
Obsèques de deux internes de la Salpêtrière morts du choléra.	471
Sociétés de tempérance; lois contre l'ivresse.	475
Suicides.	476
Nominations. — Décès. — Faits divers.	154, 316, 471 et 630